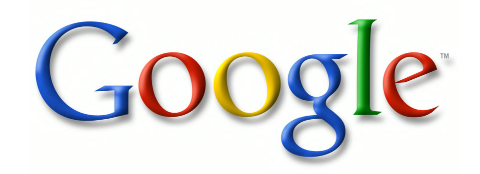
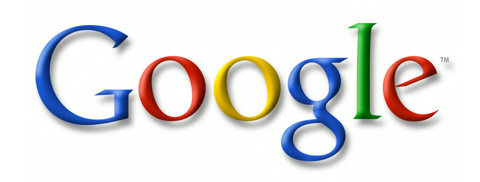
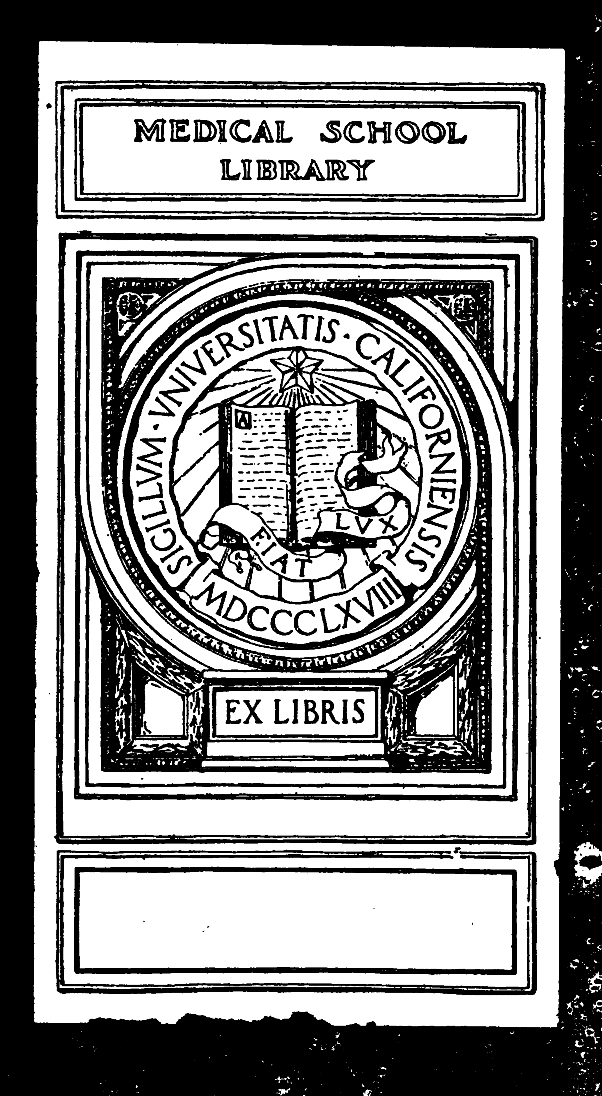
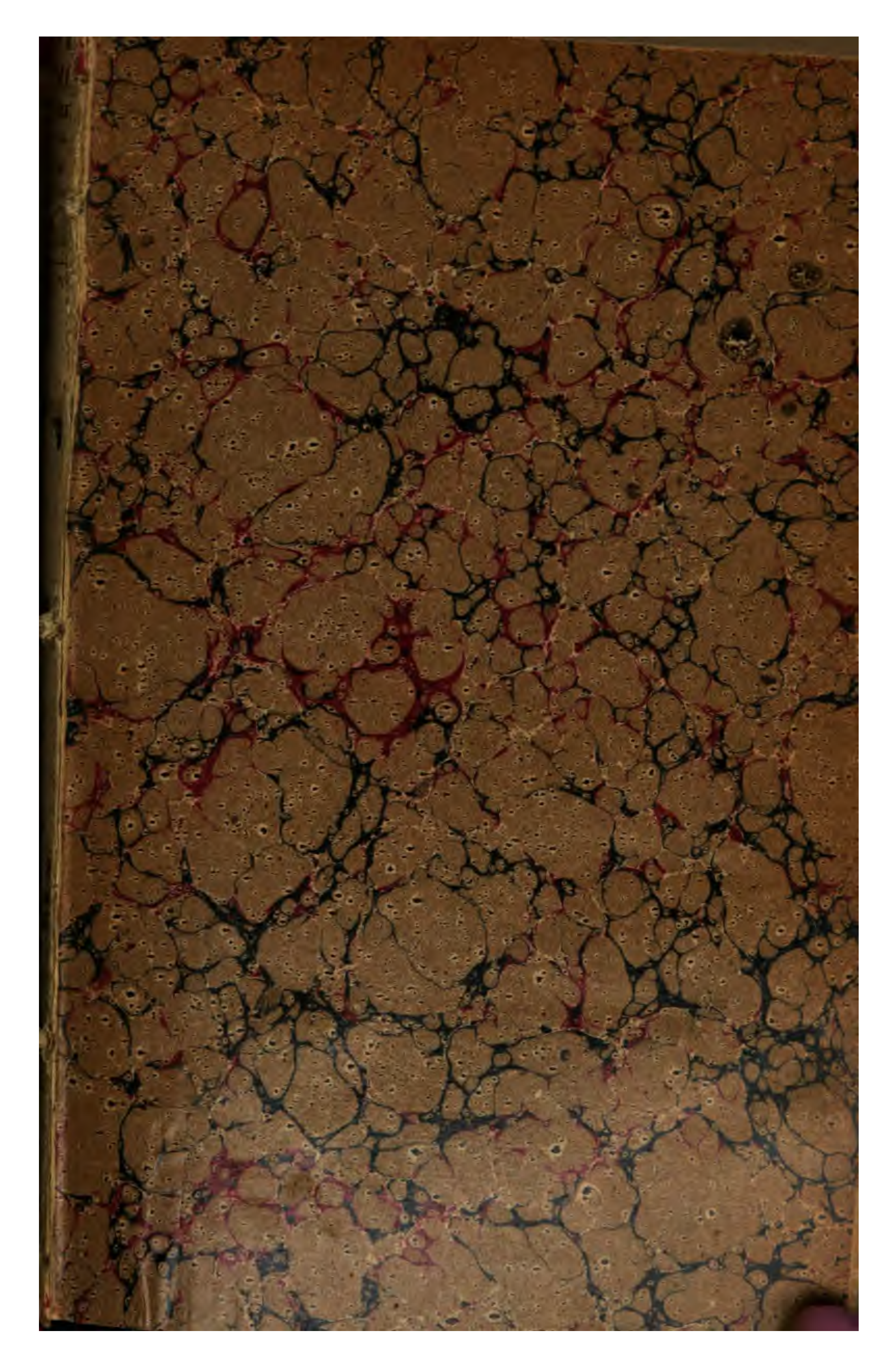
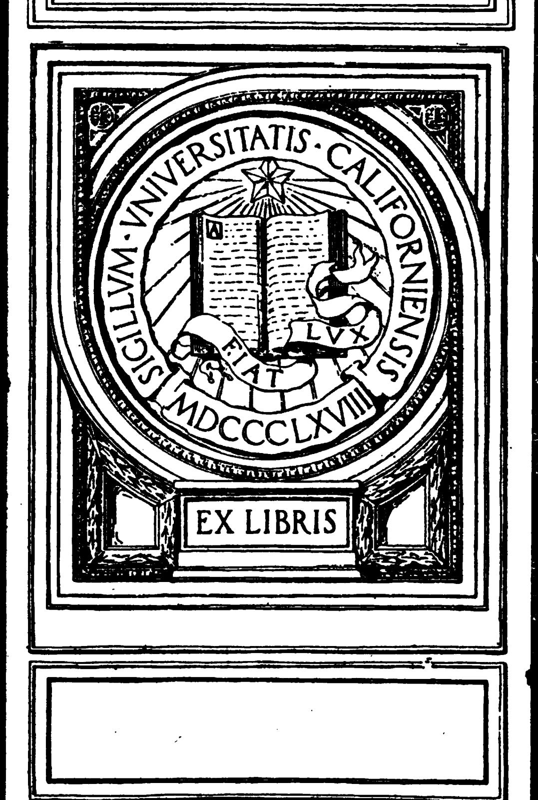
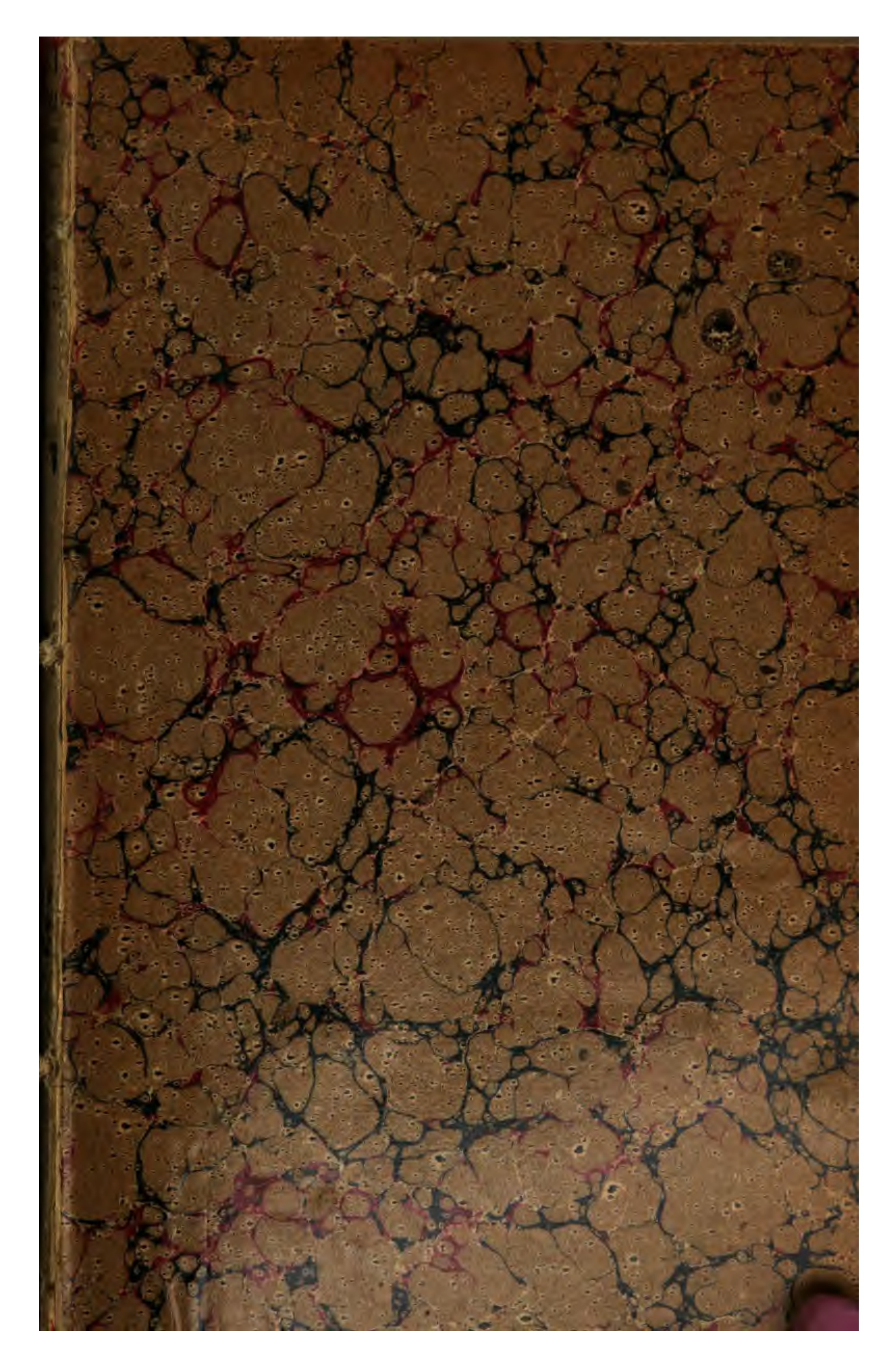





MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS




MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ANTONELLI, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD, BLIN (E.), BLOCQ, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS, CHABBERT, CHARPENTIER, CHASLIN, CHRISTIAN, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DENY, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE, GHILARDUCCI, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, P. JANET, JOFFROY (A.), KERAVAL (P.), KINNOSUKE MIURA, LANDOUZY, LEROY, MAGNAN, MARIE, MARINESCO, MAUNOURY, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PARINAUD, PILLIET PIERRET, PITRES, POPOFF, RAYMOND (F.), RÉGNARD (A.), REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.), ROUSSELET (A.), SACAZE, SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SOLLIER, SOREL, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VALLON, VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), P. YVON.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**

Dessinateur : **LEUBA**

Tome XXV. — 1893.

Avec 58 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1893

Vol. XXV. Janvier 1893. N° 73.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

HÔPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER. — CLINIQUE MÉDICALE.

DU VERTIGE DES ATAXIQUES (SIGNE DE ROMBERG);

Par le Professeur J. GRASSET.

LEÇONS CLINIQUES RECUEILLIES ET PUBLIÉES
Par le D[r] J. SACAZE, chef de clinique médicale.

I.

MESSIEURS,

Au n° 30 de la salle Fouquet est entré le 16 octobre dernier un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive. Son observation est classique sur plusieurs points; aussi, semble-t-il, au premier abord, qu'elle ne mérite pas que j'en fasse l'objet de ces leçons. Mais en l'étudiant avec plus de soin il est facile d'y retrouver certaines particularités qui la rendent intéressante et sur lesquelles je veux attirer votre attention. Parmi ces particularités une surtout m'arrêtera; car elle me permettra de bien examiner avec vous un symptôme très important du tabès : *l'influence de l'occlusion des yeux sur les mouvements et l'équilibre des ataxiques;* ce symptôme porte, comme vous le savez, le nom de *signe de Romberg*.

Classiquement, ce symptôme est considéré comme une dépendance et une conséquence de la perte de la sensibilité et spécialement de la sensibilité musculaire. Mais vous verrez que chez notre malade, le signe de Romberg existe très bien et que cependant toutes les sensibilités, même la sensibilité muscu-

laire sont fort bien conservées. Il y a donc contradiction avec les théories généralement admises.

Ainsi voilà une particularité qui rend ce fait intéressant et le rend même plus particulièrement intéressant à nous, puisque, vous le savez, nous avons une autre conception pathogénique du symptôme de Romberg. Nous voyons là une espèce, une variété du vertige.

Il y a deux ans, quand nous avons étudié ensemble le vertige des artério-scléreux [1], nous avons dû analyser la symptomatologie du vertige, et nous avons vu que l'ouverture ou l'occlusion des yeux a très souvent une grande influence sur sa production ou sa cessation. En nous plaçant à ce point de vue, nous en avons distingué deux groupes : les uns s'atténuent ou disparaissent par l'occlusion des yeux; d'autres au contraire naissent et s'exagèrent par l'occlusion des yeux et disparaissent ou s'atténuent beaucoup par leur ouverture. Dans le premier groupe, nous avons rangé le vertige du mal de mer, le vertige des espaces, appelé encore agoraphobie. Vous pouvez faire l'expérience sur vous-même en ayant recours, pour ceux-ci, aux divers moyens de navigation aérienne dont est peuplé en ce moment le champ de foire. Afin d'éprouver les seconds il vous faudrait avoir une digestion difficile ou un peu d'éthylisme aigu, chose qu'il m'est impossible de vous conseiller, surtout au début de l'année. C'est parmi ces derniers que je plaçais le symptôme de Romberg.

« Je rangerai dans le même groupe, vous disais-je [2], le symptôme qui, chez les ataxiques, porte le nom de signe de Romberg et qui consiste, vous le savez, dans la perte de l'équilibre lors de l'occlusion des yeux. Le signe de Romberg répond à la définition du vertige, puisque la perte effective de l'équilibre, survenant à la suite de l'occlusion des yeux et cessant par leur ouverture, succède à une *sensation*, inexpliquée quant à sa nature, de perte d'équilibre. On a voulu attribuer cette sensation à l'anesthésie plantaire; il n'en est rien, puisque certaines hystériques chez lesquelles cette anesthésie est surtout très développée, ne présentent pas le signe de Romberg.

« Ce symptôme, dont le mécanisme intime n'a pu être encore pénétré, me semble, en tout cas, en relation directe avec le

[1] *Du vertige cardio-vasculaire*, ou *vertige des artério-scléreux*. Leçons de Clinique médicale, 1891, p. 522.

[2] *Loc. cit.*, p. 528.

brusque passage de la lumière à l'obscurité. Voilà pourquoi l'ouverture ou l'occlusion des paupières suffit à le provoquer. »
Cette manière de voir n'a pas été acceptée par tout le monde, et vous trouverez une réponse récente à cette conception du signe de Romberg dans le livre, du reste fort intéressant et destiné à devenir classique, que Blocq et Onanoff ont consacré à la séméiologie du système nerveux.

« Nous ne saurions, disent-ils[1], à l'exemple du professeur Grasset, ranger parmi les vertiges le signe de Romberg. La perte de l'équilibre qui survient dans ces conditions paraît en effet résulter de l'absence ou de la diminution du sens musculaire, et non pas, selon l'avis de cet observateur, de l'anesthésie plantaire. Si les hystériques offrant de l'anesthésie cutanée de la plante des pieds ne présentent pas en effet le signe de Romberg, ce signe se manifeste au contraire chez les mêmes malades quand il existe de l'anesthésie du sens musculaire (ataxie hystérique de Lasègue). »

Voilà la question nettement posée. Devons-nous abandonner notre conception formulée en 1890, et accepter avec les auteurs classiques que le signe de Romberg est la conséquence de la perte de la sensibilité et spécialement du sens musculaire chez les ataxiques? Je crois que le malade de la salle Fouquet va nous permettre de maintenir notre ancienne manière de voir, en lui fournissant une nouvelle preuve clinique.

Avant d'aller plus loin, je vais vous résumer son histoire, d'abord pour vous démontrer que c'est réellement un tabétique, et voir ensuite quelles sont les particularités de son tabès. Tous les renseignements que je vous donnerai ont été puisés dans l'observation prise avec beaucoup de soin par M. Sacaze.

C'est un homme, âgé de trente et un ans, facteur rural dans les montagnes de la Lozère, d'où il est descendu pour nous consulter.

Les antécédents héréditaires ou personnels ont une médiocre importance. S'il s'agissait d'un hystérique, ou d'un individu à tempérament très nerveux, je vous dirais, en attirant votre attention sur ce point, que son receveur des postes est paraît-il fortement ataxique; mais je ne pense pas que l'imitation ait

[1] Blocq et Onanoff. — *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, 1892, p. 62.

joué ici un rôle quelconque. Le père est migraineux, et sa mère très nerveuse.

A l'âge de dix ans, il aurait eu une anasarque avec urines rouges à la suite d'un refroidissement. A vingt-cinq ans, il a été atteint de choléra au Tonkin; à vingt-six ans, il a présenté une éruption, en diverses parties de son corps, de petits boutons blancs disparus sous l'influence des bains sulfureux. Depuis son enfance, notons qu'il est assez sujet à la céphalalgie. Il n'a jamais commis d'excès alcooliques ou génésiques; jamais non plus il n'a présenté d'accidents syphilitiques.

Enfin, je tiens à vous faire remarquer qu'il est facteur rural, et qu'en cette qualité il est obligé de parcourir tous les jours trente kilomètres à travers les montagnes. Vous voyez qu'en somme, l'étiologie est assez maigre, cependant elle renferme quelques données intéressantes sur lesquelles il est nécessaire de revenir. Et d'abord, nous n'avons pas trouvé de syphilis; cette constatation est importante.

J'ai été des premiers, comme vous pouvez en juger par la citation suivante, à accepter les idées de Fournier sur la fréquence de la syphilis chez les tabétiques. « En France, il est vrai, la doctrine d'une ataxie d'ordre syphilitique continuait à être froidement acceptée et ne ralliait que peu d'adhérents. Seuls, ou peu s'en faut, MM. Grasset et Vulpian l'avaient accueillie favorablement et je tiens ici à leur exprimer ma gratitude par l'attention dont ils ont honoré mes travaux [1]. »

Dès la première édition de mon livre (1878), je défendais les mêmes idées [2], et presque en même temps mon élève regretté, R. Caizergues [3] les développait dans son excellente thèse. Depuis lors tout ce que j'ai vu m'a confirmé dans la pensée que *le plus souvent* le tabès se montre chez d'anciens syphilitiques, des syphilitiques qui n'ont pas soigné ou qui ont mal soigné leur vérole parce qu'elle paraissait bénigne. La maladie ne s'était manifestée que par un petit chancre, quelques accidents secondaires très légers; aussi n'y avait-on attaché aucune importance, et par là même le traitement avait été insignifiant. Au contraire, les véroles qui dès le début se montrent

[1] Fournier. — *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Tabes spécifique*, 1882, p. 6.

[2] *Maladies du système nerveux*, t. I, 1878, p. 329, et t. II, 1879, p. 689.

[3] R. Caizergues. — *Des myélites syphilitiques*, thèse de Montpellier, 1878.

avec des troubles considérables sont soignées sérieusement et sont suivies bien moins fréquemment d'accidents nerveux.

En soutenant cette doctrine, j'ai toujours essayé cependant de démontrer qu'il n'y avait pas contradiction entre la manière de voir de Fournier et celle de Charcot sur le rôle étiologique capital de l'hérédité nerveuse dans l'ataxie locomotrice. Les deux ordres de causes ne sont nullement contraires et peuvent se superposer, l'une constituant le fond de la maladie, et l'autre déterminant la forme, donnant le pourquoi de sa manifestation. Vous comprenez, en effet, sans peine que chez les personnes à système nerveux faible, impressionnable, par des prédispositions héréditaires diverses, la syphilis ait une certaine tendance à porter volontiers en ce point ses atteintes. Et pour ce motif, on devrait toujours rechercher dans les antécédents les causes de cette localisation.

Donc je puis dire que je suis un partisan de la première heure de l'origine syphilitique fréquente du tabès, puisque j'ai soutenu cette opinion un ou deux ans après que Fournier l'eût fait connaître[1] et deux ans avant que Chauvet affirmât dans sa thèse d'agrégation[2] « que la syphilis ne donnera jamais lieu au développement d'une sclérose primitive des zones radiculaires postérieures ».

Eh bien! notre cas prouve une fois de plus qu'il ne faut rien exagérer et que si la syphilis est fréquente, elle n'est pas constante chez les tabétiques. Il se trouve en opposition avec l'idée exprimée tout récemment par Pierre Marie[3] en ces termes : « La vraie, je dirais presque la seule cause du tabès, c'est la syphilis (p. 313). Au point de vue pratique, soyez bien convaincu d'une chose, c'est que dans les conditions de notre observation journalière, le tabès est toujours d'origine syphilitique (p. 318) ». Et plus loin « c'est à l'infection syphilitique qu'il faut attribuer ces altérations cellulaires, » et il admet avec Strümpell « que dans le tabès, la syphilis agit comme un véritable poison organique, comme une toxine ».

Donc voilà le premier intérêt que présente notre fait; il montre l'exagération de cette doctrine qui voudrait faire de la

[1] Fournier. — Leçons recueillies par Dreyfous dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1875-76, t. VII, p. 187.

[2] Chauvet. — *Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central*, th. d'agrégation, 1880.

[3] Pierre Marie. — *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.

syphilis l'origine unique et constante du tabès. Cette cause est évidemment fréquente, mais elle n'est pas constante.

Mais chez notre homme, quels facteurs étiologiques trouvons-nous? D'abord, il possède une hérédité nerveuse manifeste démontrée par les migraines du père, par le nervosisme de la mère, et par ses céphalalgies fréquentes depuis son enfance. Charcot insiste beaucoup avec raison sur ce point. En second lieu il marchait beaucoup et peut-être même trop; ce n'est qu'au prix d'une fatigue considérable qu'on arrive à faire trente kilomètres dans les montagnes, par tous les temps et tous les jours depuis cinq ans.

Et bien, je crois qu'il y a là une cause dont il faut tenir compte; elle existe parfaitement quoi qu'on en ait dit. Il y a un tabès de surmenés des jambes par la marche, comme il y a un tabès des trépidés. Ainsi je me souviens vous avoir montré autrefois une ataxie locomotrice chez un mécanicien de locomotive, et chez un employé des postes voyageant surtout dans des wagons de trains express où par ses fonctions il était à peu près constamment debout. Et pour comprendre l'influence néfaste du chemin de fer sur le système nerveux, il faut tenir compte non pas seulement des secousses, car alors les voyageurs pourraient être impressionnés; mais encore de l'obligation de se tenir longtemps sur ses jambes, de faire un travail. Si le voyageur n'est pas également fatigué, c'est qu'il reste assis, peut s'allonger, etc.

Il n'en est pas de même du mécanicien ou du postier qui doivent agir très fréquemment, s'imposer de la fatigue.

Dans le même groupe sont les tabès de la machine à coudre, quoique Pierre Marie objecte qu'en pareil cas la vertu des mécaniciennes n'étant pas à l'abri de tout soupçon, on peut encore invoquer la syphilis!

Les médecins allemands ont étudié encore un très grand nombre de tabès survenus après les guerres de 1866 et de 1870, et ils les ont attribués aux fatigues excessives, aux marches exagérées que ces campagnes ont entraînées [1]. Donc cet élément étiologique existe et nous pouvons l'invoquer ici. Nous conclurons donc en disant que chez notre malade le tabès s'est développé sous l'influence du surmenage des jambes sur un fond névrotique.

[1] Raymond. — Art. *Tabes dorsalis* in *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 3e série, t. XV, p. 293.

Passons maintenant à la symptomatologie. D'un mot il est à vrai dire possible de la caractériser; c'est, en effet, d'un tabès moteur qu'il s'agit.

Le tabès complet, classique est à la fois moteur et sensitif, souvent plus sensitif. Dans la salle des femmes, au n° 4, vous en avez un bel exemple; j'y reviendrai plus longuement dans des leçons ultérieures[1]. En ce moment, qu'il me suffise de vous dire, comme vous avez pu le voir vous-mêmes, que cette malade a des douleurs fulgurantes, présente de l'anesthésie plantaire, perd ses jambes dans le lit; elle serait susceptible de faire comme ces ataxiques de Lamalou qui, voyant un pied émerger en dehors de l'eau dans la piscine, durent explorer avec les mains leurs jambes à partir des hanches pour savoir à qui il appartenait.

Notre homme est absolument différent; il est purement moteur; et si nous ne connaissions d'une manière assez complète le tableau de l'ataxie locomotrice, nous pourrions être embarrassés pour déterminer la nature des troubles qu'il présente. Son histoire est fort courte.

Au mois de juillet 1892, il commence par éprouver une sorte de constriction à la base de la poitrine; trois ou quatre jours après, il sent les jambes fléchir sous lui; la marche devient difficile et déjà incoordonnée. On applique des pointes de feu le long de la colonne vertébrale et on donne de l'iodure de sodium. Actuellement, ses membres inférieurs sont très faibles ou plutôt inhabiles; la faiblesse qu'il ressent n'est pas réelle; elle paraît seulement momentanée; il lui semble par moment que ses genoux vont fléchir. Il marche en jetant ses jambes, talonne au moins par moments. Il lui est impossible ou très difficile de s'arrêter brusquement, de tourner aussitôt sur place à un ordre donné, il tomberait même s'il n'avait soin de décrire un demi-cercle, avec une certaine hésitation ou bien en s'appuyant.

Dans la position allongée au lit, si on lui commande de diriger son pied vers un objet désigné, ces mouvements sont exécutés très régulièrement, et le but est atteint directement. Ainsi se passent les choses tant que les yeux restent ouverts. Si au contraire les yeux sont fermés, le malade marche beaucoup plus mal, titube facilement, lance ses jambes d'une

[1] Voir *Nouveau Montpellier médical*, décembre 1892 et janvier 1893.

façon plus accentuée, et perd l'équilibre lorsqu'il n'est pas soutenu. Avec les yeux ouverts, il peut se soutenir debout, sans canne, immobile, et les pieds rapprochés ; mais dès que les yeux sont fermés, il oscille, et s'effondrerait vite si quelqu'un n'était pas là pour le soutenir.

Pendant la marche, et dans la position debout, il ne fixe pas ses pieds ; il regarde toujours droit devant lui, et peut même se déplacer en dirigeant ses yeux vers le plafond. D'ailleurs, afin de vous mieux montrer que la perte d'équilibre ne dépend nullement de ce fait que le malade n'est plus à même de regarder ses jambes, j'ai fait devant vous l'expérience suivante : cet homme étant debout, et les yeux ouverts, j'ai placé un carton entre ses yeux et ses pieds ; il a parfaitement conservé sa position première. Je lui ai commandé d'avancer, et la marche a eu lieu sans perte d'équilibre et cependant, il lui était impossible de voir ses jambes. Il ne peut se tenir sur un pied, que les yeux soient ouverts ou fermés.

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis. Que je vous signale encore un léger retard pour la miction. Du côté de la vue, il éprouve parfois quelques vertiges et un peu de diplopie. Il n'y a pas de myosis ; la pupille continue à réagir sous l'influence de la lumière et de l'accommodation ; le signe d'Argill Robertson n'existe donc pas. La sensibilité ne présente aucun trouble ; afin de faire cette constatation on a eu recours aux procédés classiques (épingle, esthésiomètre, corps chauds ou froids).

Je tiens surtout à vous dire que notre malade n'a aucun signe d'anesthésie plantaire ; il sent fort bien les pavés, peut même apprécier les inégalités du sol. L'expérience suivante rend démonstrative cette conservation de la sensibilité plantaire : les yeux étant fermés on a fait marcher cet homme sur un tapis de trame grossière, où, de loin en loin, étaient disposés des objets de nature différente (bas de laine, papiers, etc.). Chaque fois que ses pieds ont touché un de ces objets, il a manifesté une sensation toute différente, et a pu déterminer assez souvent leur nature.

Le sens musculaire n'offre pas d'altération appréciable. Voici un certain nombre d'expériences très précises à cet égard, et qui me serviront bientôt à établir la thèse dont je poursuis la démonstration, en analysant devant vous l'histoire de ce tabétique. Le malade étant allongé dans son lit, les

yeux fermés, on attache successivement divers poids aux pieds; on lui commande de plier sa jambe sur la cuisse, ce qui provoque la contraction des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux. Afin d'apprécier le triceps fémoral, les poids ont été fixés à la pointe des pieds par l'intermédiaire d'une longue corde qui se réfléchissait sur une poulie placée derrière l'oreiller du malade; la résistance opposée par les poids ne s'opérait que quand le membre passait de la position fléchie à l'extension complète. Cette expérience permettait même d'examiner les muscles du mollet. Enfin, cet homme étant assis, les yeux toujours fermés, on a disposé différents poids sur la partie antérieure des pieds; ici c'étaient les muscles de la région antéro-externe de la jambe qui intervenaient. Dans tous les cas le malade est parvenu à reconnaître s'il avait à soulever d'un moment à l'autre des poids identiques, ou bien des poids différents.

Rien à noter pour le tube digestif, les appareils circulatoire et respiratoire, et les organes génitaux. L'état général est bon; le sommeil s'accomplit normalement.

Voilà l'histoire à peu près complète et l'ensemble des symptômes que nous avons pu étudier chez cet homme. Nous pouvons en déduire deux conséquences : d'abord, c'est que nous nous trouvons réellement en présence d'un tabès, et ensuite, c'est que ce tabès est d'une espèce particulière, qu'il est uniquement moteur. En d'autres termes, nous pouvons souligner dans ce cas des troubles qui le rapprochent du tabès classique et des troubles qui l'en séparent.

Parmi les premiers, je vous citerai l'incoordination dans la marche, l'influence de l'occlusion des yeux sur les mouvements et l'équilibre, l'abolition des réflexes rotuliens, la diplopie, la miction retardée; tous ces signes le distinguent des paraplégiques et en font un tabétique.

Au nombre des seconds, je rangerai l'évolution rapide et la conservation de la sensibilité dans tous ses modes. Il est rare de voir une ataxie locomotrice arriver à la phase où elle se trouve chez notre malade en l'espace de quatre mois; ordinairement elle met des dix et douze ans.

Mais ce qui fait surtout la caractéristique de cette observation c'est qu'il s'agit seulement d'un tabès moteur. Les deux groupes de symptômes qu'on observe dans l'ataxie locomotrice peuvent quelquefois se montrer isolément. Aussi, Charcot a

décrit un tabès sensitif réduit aux douleurs fulgurantes, à l'abolition des réflexes rotuliens, à la perte de la sensibilité. J'en ai vu de très beaux exemples. Les exemples de tabès purement moteur sont plus rares ; celui-ci en est un.

Pour synthétiser dans une même formule les caractères étiologiques et symptomatiques constatés sur ce malade, nous pouvons dire qu'il s'agit là d'un cas de *tabès exclusivement moteur à incoordination précoce, développé sans syphilis antérieure chez un surmené des jambes, avec une hérédité nerveuse.*

C'est sur ce point de départ clinique que nous étudierons, dans la prochaine leçon, le signe de Romberg en détail, dans sa nature, sa symptomatologie et sa pathogénie, et nous verrons si nous pouvons tirer quelque enseignement de ce fait particulier.

(*La fin au prochain numéro.*)

DE LA MALADIE DES TICS.

(TICS, CHORÉE, HYSTÉRIE : DIAGNOSTIC);

Par le Dr L. CHABBERT, de Toulouse,

Médecin-consultant à Bagnères-de-Bigorre.

L'étude détaillée de la maladie des tics remonte seulement à ces dernières années. Elle a été faite par MM. J.-M. Charcot, Gilles de la Tourette et G. Guinon, qui en ont décrit avec soin les caractères nosographiques. Il serait injuste, cependant, de ne pas reconnaître que Trousseau avait parfaitement vu la maladie et en avait indiqué les principaux symptômes. Non seulement, dans les quelques lignes qu'il consacre à cette affection, il qualifie les mouvements des tiqueux de « contractions instantanées, rapides, involontaires », mais encore il signale la tendance des malades « à répéter toujours le même mot, et même à proférer à haute voix des mots qu'ils voudraient bien retenir[1] ». En outre, il a le soin de faire remarquer que l'affection est chronique par excellence, le plus souvent hérédi-

[1] A. Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II, 4e édition, p. 267, 268.

taire, et qu'elle se réclame de la monomanie et de l'aliénation mentale.

A côté de ces notions très justes que les travaux récents ont confirmé tout en les précisant davantage, il en est d'autres de controuvées qui, toutefois, pouvaient paraître légitimes à l'époque où elles ont été émises, étant donné les idées imparfaites que l'on avait sur les diverses manifestations de l'hystérie. C'est précisément le grand mérite de l'Ecole de la Salpêtrière, sur ce point comme sur bien d'autres de la pathologie nerveuse, d'avoir remis toute chose à sa place, et d'avoir assigné à chaque symptôme l'importance qu'il méritait.

Aussi, après des travaux si complets, on ne saurait prétendre à la nouveauté. Mais ici, comme dans toutes les sciences qui relèvent de l'observation, l'œuvre n'est jamais parachevée. Les grandes lignes restent immuables, alors que les traits secondaires s'accusent ou s'effacent suivant l'œil de l'observateur, et le moment où l'examen a porté. Si la maladie est une, la plupart des signes qui la caractérisent sont inconstants et variables; présents aujourd'hui, ils peuvent faire défaut demain; manifestes dans un cas, ils peuvent manquer dans un autre. Enfin, comme pour se jouer de notre faible entendement, dans ses méfaits, la nature se plaît à se contredire, et les symptômes que l'on croyait les mieux propres à différencier telle affection trouvent leur sosie dans telle autre.

Les quatre cas de maladie des tics que nous publions viennent à l'appui de ces considérations. Chacun, pris isolément, comporte quelque particularité sur l'étiologie, la symptomatologie ou le diagnostic de l'affection. Groupés ensemble, ils donnent, croyons-nous, une idée générale, suffisamment complète de la maladie et des principales formes qu'elle peut revêtir. Les deux premiers se rapportent à des tics localisés; le troisième est un exemple typique de la forme généralisée; le quatrième tire surtout son intérêt des difficultés que présentait le diagnostic.

Observation I. — An... L..., quarante-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Père, cultivateur, décédé à quatre-vingt-deux ans, après quelques jours de maladie; homme doux, tranquille. Mère morte à soixante-quatre ans, hémiplégique; ni migraineuse, ni sujette à des attaques de nerfs. Du côté des oncles et des tantes, rien de particulier. Les grands parents sont morts à un âge assez avancé; pas de déments, pas d'originaux.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — An... est la plus jeune de sept enfants. Deux sont morts en bas âge : l'un à huit jours, l'autre au bout de quelques semaines; les quatre autres, quatre sœurs, n'ont jamais fait de maladie sérieuse, ont des enfants bien portants. Elle-même a toujours eu une bonne santé; dans son enfance, on ne relève ni convulsions, ni fièvre éruptive. Réglée à quatorze ans, elle a une grossesse à vingt-deux ans, terminée par un accouchement naturel.

A neuf ans, conduisant des chevaux à l'abreuvoir, elle reçut une ruade de l'un d'eux, qni l'atteignit au côté gauche de la face. La lèvre inférieure, la lèvre supérieure et la peau de l'arcade sourcilière furent divisées. Les blessures n'étaient pas cicatrisées que les mouvements convulsifs s'étaient manifestés. Dès le début, les contractions ont occupé la partie inférieure du muscle orbiculaire des paupières; depuis, elles sont restées localisées en ce point.

Au traumatisme se rattachent encore des attaques de nerfs que la malade rapporte à peu près en ces termes : quelques mois après l'accident, elle venait de se coucher, lorsqu'elle est obligée de se lever pour uriner; au moment de remonter au lit, elle tombe à terre, étendue raide. La perte de connaissance dura quelques minutes. Plus tard, vers l'âge de douze ans, elle était à travailler dans une vigne en compagnie de sa mère; surprises par la pluie, elles gagnent un abri et déjeunent. Quelques heures après, elle « sent son estomac se soulever » et, de nouveau, tombe étendue raide.

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans, les attaques ne se renouvellent pas, mais, à cette période de son existence, elle éprouve un jour une contrariété des plus vives. Dans la soirée, elle est prise « d'un serrement d'estomac avec sifflement d'oreilles » et perd connaissance. Depuis, santé parfaite.

Etat actuel. — An... est une personne robuste, bien constituée, d'une intelligence ordinaire. Très émotive, elle rit ou pleure pour des motifs futiles; capricieuse, fantasque, son attention est difficilement captivée. — Acuité visuelle normale, pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie ; le goût, l'ouïe, l'odorat sont conservés; la sensibilité, sous ses divers modes, est intacte; pas de zone hystérogène; le réflexe pharyngien seul fait défaut.

Sur le côté gauche de la face, on constate trois cicatrices linéaires occupant la lèvre inférieure, la lèvre supérieure et la région sourcilière. La cicatrice de la lèvre inférieure siège sur le bord libre, à 2 centimètres en dedans de la commissure labiale, elle est superficielle; celle de la lèvre supérieure, située un peu en dehors du tubercule, intéresse toute l'épaisseur de l'organe; elle est aussi apparente sur la muqueuse que sur la peau. La troisième occupe le sourcil à sa partie médiane, mesure 1 centimètre dans le sens vertical.

Le tic est caractérisé par la contraction brusque de la partie moyenne de la portion périorbitaire inférieure de l'orbiculaire gauche des paupières. Son siège répond à l'union du voile membraneux et de la joue, au niveau de l'os malaire. Lorsque la contraction se produit, la peau se plisse dans le sens transversal; ce sont des rides qui se forment simulant un commencement d'occlusion de la paupière. Sous l'influence de l'émotion, le mouvement augmente d'étendue; alors le clignement des yeux s'effectue et s'accompagne d'un léger tiraillement en haut de la commissure labiale gauche.

Les contractions ont la rapidité de l'éclair; elles se produisent avec une fréquence variable. De deux à trois par minute, les secousses peuvent atteindre douze, quinze, si la malade est contrariée, ou simplement mise en présence d'une personne qu'elle ne connaisse pas. Parfois, il s'écoulera plusieurs minutes sans qu'elles se manifestent. La volonté n'a aucune action sur elles, elles disparaissent pendant le sommeil.

Au point de vue des phénomènes psychiques, il n'existe pas de troubles bien apparents. Néanmoins An... appartient à la catégorie des originaux de la pensée. Si elle s'est formée une opinion sur quelqu'un ou quelque chose, il est bien difficile de l'en faire changer, même en lui mettant sous les yeux les preuves de son erreur; si elle contracte l'habitude de se servir chez un fournisseur, elle se refusera à le quitter, alors qu'il lui sera démontré qu'elle est indignement exploitée.

L'écholalie, l'échocinésie font complètement défaut; la coprolalie revêt un mode exceptionnel. Elle se manifeste lorsque la malade est fortement contrariée, par exemple, si ses patrons lui font une observation qu'elle ne croit pas mériter. Dans ces circonstances le tic s'accuse, et les mots *merde, nom de Dieu* lui viennent aux lèvres. Cependant, elle ne les prononce pas, elle peut les retenir; mais la retenue qu'elle s'impose n'est pas sans occasionner un état de fatigue, d'énervement, qui ne prend fin que lorsque les mots ont été émis. Aussi, elle cherche à s'isoler, et dès qu'elle se trouve seule, font-ils explosion; aussitôt, elle est soulagée. Ces phénomènes remontent à des années, mais leur manifestation est de beaucoup postérieure à l'apparition des secousses musculaires.

En regard de cette observation, il convient de placer celle du fils de la malade Ma... L..., atteint lui aussi de tic localisé :

Observation II. — Ma... L..., dix-neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Aux antécédents maternels s'ajoutent ceux du côté paternel que voici :

dont le trait saillant est de ne pas échapper complètement à l'action de la volonté.

De ces diverses particularités, il résulte que les tics localisés peuvent offrir des caractères communs aux tics généralisés; aussi, convient-il de considérer les uns et les autres comme relevant d'une même maladie dont les manifestations extrêmes sont reliées entre elles par des gradations insensibles.

Envisagés par rapport au traumatisme, ces deux cas établissent que la doctrine des spasmes réflexes, appliquée aux tics localisés, est insuffisante à rendre compte des phénomènes obsérvés. Dans l'un des cas, les secousses convulsives se sont manifestées quinze ans et demi après l'accident; dans l'autre, à la vérité, leur apparition a été contemporaine du traumatisme, mais leur domaine ne correspond nullement au siège de la lésion. D'ailleurs, dans cette hypothèse, il resterait à expliquer les troubles psychiques et coprolaliques consécutifs.

Par rapport à l'hystérie, ces deux observations démontrent que la grande névrose peut coexister avec les tics localisés, de même qu'elle s'associe fréquemment aux tics généralisés. C'est là un rapprochement de plus entre les deux formes de la maladie des tics.

Observation III. — Ma... M..., quarante-quatre ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Père, enfant naturel, originaire de la Manche, exerçait la profession de serrurier; mort en 1870 à soixante-quatre ans, d'une inflammation d'entrailles (?). C'était un homme robuste, d'humeur assez égale, sans antécédents pathologiques, mais qui vers trente-six, trente-huit ans, s'était adonné aux boissons alcooliques.

Mère âgée de soixante-dix ans, bonne santé habituelle, si ce n'est quelques douleurs rhumatismales; caractère emporté, non migraineuse, sans attaques convulsives dans son passé. Elle a eu neuf enfants : quatre sont morts en bas âge; Ma... est née la dernière; deux frères et deux sœurs sont bien portants.

Parmi les collatéraux, du côté du père, tous renseignements font défaut; du côté de la mère figurent deux oncles : l'un, mort paralysé à soixante-cinq ans; l'autre, en bonne santé, a perdu une fille, enfant unique, morte à trente ans hydropique.

Antécédents personnels. — Ma... n'a jamais fait de maladie, mais sa santé a toujours été délicate. Dans son enfance, elle a souffert de maux d'yeux, présenté des engorgements ganglionnaires, ainsi que des croûtes du cuir chevelu. Pas de convulsions. Réglée à quatorze ans, les menstrues sont toujours venues régulièrement.

Etat actuel. — Taille : 1^m,22; constitution chétive, peau blanche, système pileux développé, blépharite des deux yeux (les bords libres des paupières sont absolument dégarnis de cils), cœur et poumons sains, ni migraineuse ni coléreuse; pas d'attaques de nerfs, pas de stigmates hystériques. Au point de vue mental, elle raisonne juste; caractère doux, mais très méfiant.

Début de la maladie. — Le début de l'affection remonte à l'âge de quatre ans, à la suite d'une peur. Une après-midi, à la salle d'asile, Ma... fut mise au cachot, où, par oubli, elle passa la soirée et une partie de la nuit. Peu de temps après apparurent les mouvements convulsifs. D'abord limités à la face, ils auraient envahi peu à peu le membre supérieur droit, le membre inférieur de ce même côté et le bras gauche.

Description des mouvements. — Les mouvements peuvent être ramenés à deux types, suivant qu'ils sont plus ou moins généralisés. Dans un premier type, le plus fréquent et le plus complet, ils occupent la langue, la face, le membre supérieur droit, le membre inférieur de ce même côté et le membre supérieur gauche. Voici l'ordre dans lequel ils se montrent :

Tout d'abord, la langue projetée en avant vient buter contre la lèvre inférieure ; retirée aussitôt, le maxillaire est abaissé et amené en diduction vers la droite, la commissure labiale de ce côté tirée en bas; en même temps, les paupières se contractent, recouvrent les globles occulaires, et une nouvelle projection de la langue se produit, cette fois, contre l'arcade dentaire inférieure, qui termine la série des secousses musculaires de la face.

Pour le membre supérieur droit, la sériation est la suivante : le bras en demi-flexion est lancé avec force sur l'abdomen; ramené ensuite vers la tête, la main par sa face dorsale, répondant au premier métacarpien et au premier espace interosseux, frappe successivement la région temporale, le milieu du front, et en dernier lieu la partie dorso-latérale du nez.

Dans le membre inférieur, les mouvements sont moins complexes : la cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, puis, la déflexion a lieu brusquement, et le pied porte fortement contre le sol.

Pour le bras gauche, les mouvements sont à peu près les mêmes que pour le membre du côté opposé ; ils sont seulement moins énergiques, et la main, par ses extrémités digitales demi-fléchies, heurte simplement la partie latérale du front.

Ces contractions s'accomplissent presque simultanément pour la face et les membres du côté droit; ce n'est que lorsque leur évolution est terminée que le bras gauche entre en branle, souvent il reste en repos.

Dans le second type, les mouvements sont limités au bras gauche, qui d'abord est projeté avec force sur l'abdomen et ensuite ramené

vers la tête ; du côté de la face on note simplement la projection de la langue hors de la cavité buccale.

Ces mouvements, dont le propre est d'échapper à l'action de la volonté, se produisent avec une certaine violence; la preuve en est que la malade, pour se garantir la tête, est obligée de la blinder avec de nombreux mouchoirs. A cause de sa blépharite, elle



Fig. 1. — Phototypie de Ma... M...

porte, en plus, un vaste chapeau de paille, dont l'aile droite offre une échancrure à bords élimés de la grandeur d'une pièce de cinq francs, résultant des chocs réitérés de la main (*fig.* 1). D'ailleurs, les parties découvertes du visage, le milieu du front, la partie latérale du nez, présentent une teinte légèrement violacée, indice des contusions dont ces régions sont l'objet. Il en

est de même de la main droite, l'instrument contondant, qui offre, au niveau du premier métacarpien, une coloration rouge foncée.

Le caractère des mouvements est franchement explosif; c'est un ressort qui se déclenche, dont l'action est d'autant plus rapide qu'elle est plus rapprochée de sa mise en jeu. Ainsi, la projection du bras droit sur l'abdomen, qui inaugure les contractions de ce membre,



Fig. 2. — Inscription du mouvement du bras droit projeté sur l'abdomen.

(Le chronographe bat la seconde, le cylindre enregistreur accomplissant sa révolution en 9 secondes.)

se fait avec une vigueur et une rapidité inouïes (*fig.* 2)[1]; par contre

[1] Qu'il nous soit permis de remercier ici notre distingué confrère M. le

l'acte de porter la main sur la partie latérale du nez s'accomplit avec une lenteur relative. Ces caractères apparaîtront encore plus manifestes quand nous décrirons les phénomènes coprolaliques auxquels ils sont associés.

Le nombre des mouvements est très variable. Si la malade est émotionnée, on compte dans une minute six à sept mouvements du premier type et deux à trois du second. Il en est de même avec la fatigue ou à la suite de tout effort musculaire. En dehors de ces états, on note simplement trois, quatre mouvements généralisés, car le plus souvent le bras gauche reste au repos. Ils surviennent par accès, se reproduisant à intervalles irréguliers; tantôt il s'écoule trente, quarante secondes, tantôt une minute et plus. La position occupée par la malade n'influe guère sur leur fréquence; les seules modifications portent sur l'étendue; assise ou couchée, le membre inférieur demeure le plus habituellement immobile. Pendant le sommeil, les contractions disparaissent complètement.

Phénomènes coprolaliques. — La coprolalie consiste dans l'émission stridente des mots : *pardi et voilà, hé! oh*[1]*!* qui accompagnent invariablement les mouvements convulsifs. Si le mouvement est généralisé, la phrase entière est prononcée; s'il est limité au bras gauche, les mots : hé ! oh ! seuls sont émis. D'autres fois, la phrase entière est précédée de hé ! oh !

En analysant les rapports qui existent entre l'émission de ces mots et les mouvements convulsifs, on se rend compte que le déclenchement musculaire se fait sur la syllabe *Par* du terme pardi. A cet instant, les muscles de la face, ceux du membre supérieur entrent en action ; le mot *voilà* prononcé, le pied à déjà frappé le sol, le cycle est terminé, la malade est au repos. Quant aux interjections *hé! oh!* si elles sont prononcées an début, leur émission précède le déclanchement; en ce cas, on ne note pas la première projection de la langue qui, d'habitude, devance l'exclamation coprolalique; si, au contraire, elles terminent l'explosion, elles se font entendre au moment où le bras gauche est ramené vers la tête.

Le mode d'émission de ces mots est vraiment caractéristique. C'est une mesure précipitée à trois temps, dont le premier temps est rempli par *Pardi*, le second par *et voilà*, le troisième par *hé! oh!* Quant à la tonalité, elle est forte et explosible sur *pardi*, basse sur *et voilà*, moyenne pour *hé! oh!*

Dr Laulanié, directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, qui a bien voulu mettre à notre disposition les appareils nécessaires pour ce tracé et les suivants.

[1] Traduction littérale : Parbleu et voilà, hé ! oui ! Mais, au sens qu'attache à ces mots la classe ouvrière, leur signification est la suivante : C'est comme ça, sinon va te faire foutre; c'est ainsi. »

Mais en plus de ces exclamations franchement articulées et associées aux mouvements convulsifs, Ma... est coprolalique, dans le vrai sens ordurier. Ainsi, elle prononce, à la suite les uns des autres, les mots : *puto*, *puto de bido*, *salopo*, *macarelo* [1], seulement elle les dit tout bas, comme si elle était honteuse de son action, et avec cette particularité que, dans ces moments, elle garde le repos le plus complet.

Echolalie. — L'écholalie est caractérisée par la répétition de certaines expressions usuelles, telles : *Adicias* [2] *atal pla* [3]. Le phénomène se produit surtout lorsque la malade est fatiguée ou au cours d'une conversation. Si, dans ces moments, quelqu'un vient à passer et lui adresse lesdits mots, ou bien que ces paroles mettent fin à l'entretien, elle les répète involontairement à plusieurs reprises.

Chez Ma..., l'écholalie est aussi visuelle. Si un objet attire son regard, elle prononce, mais à voix basse, comme un enfant émerveillé, étonné, le nom qui sert à désigner l'objet. Ainsi, se trouvant dans notre cabinet, frappée de voir un tas de journaux, elle se met à dire : Que de papiers! que de papiers! Un autre jour, apercevant de la bière, elle répète plusieurs fois : De la bière! de la bière!

Echocinésie. — L'échocinésie se manifeste seulement pour les mouvements convulsifs que la malade présente. Dans les moments de calme, on peut faire apparaître les contractions musculaires par la projection du bras droit sur l'abdomen ou en frappant avec le pied le sol. Cette suggestion à reproduire les mouvements qui simulent ceux qu'elle exécute naturellement offre cette particularité que, même dans ces conditions, il y a émission des mots : Pardi et voilà, hé! ho!

Troubles psychiques. — Les troubles psychiques ressortissent à la maladie du doute. Ils s'observent pour les choses les plus usuelles de la vie. Si elle met un objet en place, elle le déplacera plusieurs fois pour s'assurer que c'est bien là où il doit être posé; si elle vient de jeter une lettre à la poste, elle se retournera trois, quatre fois, pour voir si la lettre ne serait pas tombée à terre; si on lui donne quelques sous, elle les tiendra dans la main, les examinera à plusieurs reprises, pensant y trouver une pièce blanche.

Ce t[illegible] de la pensée est surtout mis en évidence lorsqu'il se rapporte [illegible] une attention qui la concerne. Ainsi, Ma... use de tabac à prise. Si une connaissance lui offre une prise, elle l'accepte, la por[illegible] son nez, fait semblant d'aspirer, se gardant bien d'introdui[illegible] moindre parcelle de tabac; puis, portant la main derrière [illegible]

[illegible] ...tain de vie, salope, maquerelle. »

[illegible] ...rte, ça va bien. »

le dos, elle le répand à terre. Interrogée sur les motifs qui la font agir de la sorte, elle répond qu'elle redoute une mauvaise plaisanterie, alors que jamais rien de semblable ne lui est arrivé. Il convient d'ajouter que Ma... a un faible pour le tabac à priser; c'est là son péché mignon, et même la tabatière vide, sans un centime dans les poches pour en acheter, elle ne modifie en rien sa manière de faire.

En fait d'obsessions, le seul détail à noter est le suivant : Si elle a l'habitude de passer par une rue pour regagner son domicile ou s'en éloigner, on ne peut l'en détourner; néanmoins, une fois qu'elle est à une certaine distance de son habitation, elle parcourt indifféremment les rues de la ville.

Cette observation est un cas typique de la maladie des tics. On y retrouve tous les caractères nosographiques assignés à cette affection. Certains points, cependant, méritent de nous arrêter. Tout d'abord, Ma... ne relève pas de l'hérédité similaire, directe; sa mère, son père ne sont pas des tiqueux. Ce serait, en effet, aller un peu loin que d'admettre que les habitants des bords de la mer sont tous des tiqueux, ou bien portent en eux les germes de la maladie.

L'hérédité de transformation serait-elle en cause? La mère a des douleurs rhumatismales, un oncle est mort paralysé, un autre a perdu une fille hydropique; évidemment, l'arthritisme est là représenté. Mais, les frères, les sœurs de la malade jouissent d'une santé excellente, ont des enfants magnifiques. Ce sont là des considérations dont il est impossible de ne pas tenir compte. Du côté du père, si les renseignements manquent pour les ascendants et les collatéraux, nous trouvons un facteur d'une réelle importance, l'alcoolisme; seulement, ces habitudes d'intempérance, il ne les a pas eues toujours. C'est vers trente-six, trente-huit ans, à la suite de mauvaises relations, qu'il s'est adonné aux liqueurs fortes. Or, à cette époque, les frères, les sœurs de Ma... étaient nés, tandis que sa naissance à elle est postérieure de quatre à cinq ans à la contractation du vice paternel. Voilà qui explique comment ses frères, ses sœurs sont parfaitement développés, bien portants, alors qu'elle seule a été victime de l'inconduite du père. D'ailleurs, l'alcoolisme du père a laissé sur l'enfant une marque indélébile. Malgré ses quarante-trois ans, Ma... est restée, petite, chétive; c'est à peine si elle mesure la taille d'une jeune fille d'une dizaine d'années. Or, de toutes les manifestations de l'alcoolisme chez les descendants, le défaut de développement

physique en est regardé comme la tache originelle. En conséquence, il est légitime de rapporter ce cas de maladie des tics à l'hérédité de transformation, représentée ici par l'alcoolisme.

Une autre particularité concerne la coprolalie qui se manifeste sous deux formes absolument distinctes. Tantôt les paroles ordurières sont associées aux mouvements convulsifs, et leur émission se fait d'une voix stridente, tantôt elles sont prononcées pendant le repos et dites à voix basse.

Ce dernier mode de coprolalie coexistant avec les exclamations nettement articulées à haute voix, est des plus rares ; à notre connaissance, il n'aurait pas été encore mentionné. La seule observation qui pourrait être rapprochée de la nôtre, est celle de M. Pitres, rapportée par M. Gilles de la Tourette, encore l'analogie n'est-elle qu'apparente. Ainsi « en présence d'une personne étrangère, Mlle X... étouffait les sons en serrant convulsivement les lèvres, et on n'entendait qu'un grognement indistinct. Dès qu'elle se trouvait libre, elle proférait, avec une abondance inaccoutumée, les paroles grossières ; même dans ces conditions, le grognement était accompagné de secousses convulsives [1] ». Il nous suffira de faire observer que chez M... l'émission à voix basse se fait sans la moindre retenue ; il ne s'agit pas de grognement, mais de paroles parfaitement articulées ; enfin, elles sont prononcées en dehors de toute secousse musculaire.

Pareille remarque mérite d'être faite pour l'écholalie qui se produit à haute voix, ou bien a lieu à voix basse. Ce dernier mode caractériserait l'écholalie visuelle, tandis que le premier serait propre à l'écholalie auditive. Chez Ma..., l'un et l'autre ne sont nullement associés aux mouvements convulsifs.

Quant à l'échocinésie, les conditions dans lesquelles elle survient, les circonstances qui l'accompagnent, démontrent d'une façon péremptoire que les expressions coprolaliques hautement articulées, sont étroitement liées aux secousses musculaires.

En dernier lieu, la manière dont s'effectue le mouvement du membre inférieur soulève quelques remarques. Ce mouvement a été comparé à un tressautement, c'est-à-dire à une contraction brusque qui, dans l'espèce, aurait pour résultat de fléchir la cuisse sur le bassin.

Cette comparaison donne une très bonne idée de l'acte,

[1] G. de la Tourette. — *Archives de Neurologie*, vol. IX, n° 25, p. 41.

mais, dans le cas actuel, n'est pas exacte. En effet, elle laisse entendre, que la contraction accomplie, le membre, aussitôt, est ramené à sa position première, en vertu de la détente musculaire par les seules lois de la pesanteur. Chez Ma... il n'en est pas ainsi. La déflexion se produit bien, mais elle s'accompagne de la mise en jeu de certains muscles. Il suffit, à cet égard, de jeter les yeux sur le tracé suivant, obtenu par la fixation du tambour sur le mollet (*fig.* 3). La ligne d'ascen-

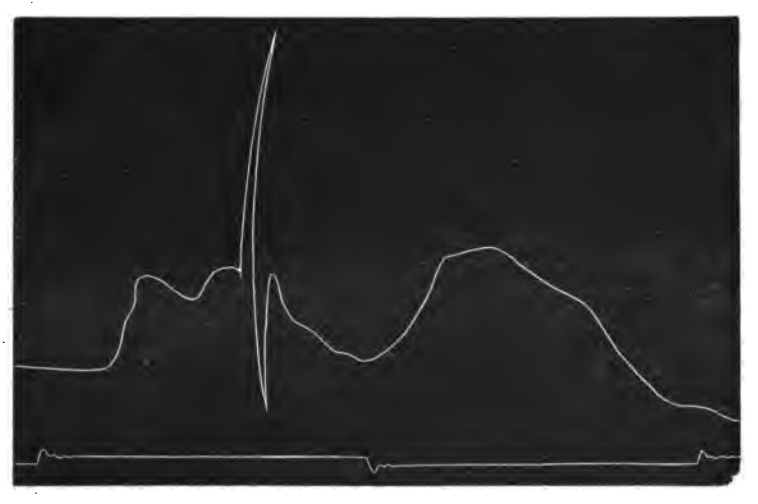


Fig. 3. — Inscription de la contraction des gastrocnémiens. L'ascension est tout d'abord saccadée, puis brusque, de même la descente à laquelle fait suite une nouvelle contraction moins étendue, qui se transforme presque aussitôt en ligne ondulée. — Ce dernier état de la contraction répond à la position du pied en valgus équin.

sion est tellement brusque, qu'elle manifeste d'une manière évidente la contraction énergique des gastrocnémiens. D'ailleurs, si l'on examine attentivement la jambe de la malade au moment où le choc a lieu, on constate, non seulement que le pied en extension frappe avec violence le sol, ce qui déjà ne se concilie guère avec la théorie d'un organe ramené à sa position première, en vertu de la détente musculaire, mais, en outre, qu'il est porté légèrement en avant, c'est-à-dire qu'il ne retombe pas à la place qu'il occupait primitivement, et que son bord externe est relevé, la pointe tournée en dehors, simulant

ainsi un commencement de valgus équin. Or, une pareille position du membre ne peut être obtenue que par la contraction du triceps fémoral, d'une part, et par la participation des jumeaux et des péroniers, d'autre part.

Observation IV. — J. V..., douze ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Du côté du père, le bisaïeul paternel est mort à quatre-vingt-six ans, ayant donné le jour à huit enfants, sept garçons et une fille; six sont vivants, y compris le grand-père paternel de J..., actuellement âgé de soixante-dix-sept ans. Ce dernier a eu sept enfants: cinq sont morts en bas âge, entre trois et quatre ans; des deux autres, l'un est mort aliéné; le second, le père de la malade, est âgé de quarante-un ans. — Bisaïeul maternel, mort à un âge avancé, renommé par ses excentricités; il a eu sept enfants: six sont morts après soixante-dix ans, dont un de paralysie; tous étaient des coléreux, des originaux; le septième, la grand'mère paternelle de J..., est âgée de soixante-dix-sept ans; apathique, hémiplégique depuis trois ans.

Du côté de la mère, le bisaïeul paternel est mort jeune, d'une attaque d'apoplexie, laissant trois enfants: deux sont morts paralysés, l'un à soixante ans, l'autre à cinquante-cinq ans; le troisième, le grand-père maternel de la malade, est âgé de soixante-trois ans et vient d'être frappé d'hémiplégie. Il a eu six enfants: un garçon et cinq filles; deux sont morts, l'un à vingt-deux ans, poitrinaire, l'autre en bas âge, du croup. Des quatre survivants, le fils, militaire, est âgé de vingt-quatre ans; des trois sœurs, l'une est âgée de vingt-cinq ans, anémique, très nerveuse, mais sans attaques convulsives; une autre a trente-six ans, bien portante; la troisième, la mère de J..., est âgée de trente-un ans. — Bisaïeul maternel âgé de quatre-vingt-huit ans, bonne santé, a eu une fille, la grand'-mère maternelle de l'enfant, âgée de cinquante-sept ans, très nerveuse, sujette autrefois à des attaques convulsives qui ont disparu depuis le retour d'âge.

Le père de J... exerce la profession de représentant de commerce. Dans ses antécédents on relève la syphilis à l'âge de dix-sept ans. Constitution vigoureuse, caractère difficile, emporté, original dans ses idées et la manière de se vêtir. Au point de vue mental, un exalté, mais s'acquittant à la satisfaction de ses patrons des intérêts qui lui sont confiés. Pas de rhumatisme, n'a jamais fait d'excès de boissons. Marié en secondes noces, il a épousé deux sœurs; sa première femme est morte de tuberculose pulmonaire à vingt-deux ans, ne laissant pas d'enfants.

La mère est une personne de taille moyenne, bien conformée, sait lire, écrire, a été réglée à douze ans. Mariée à dix-sept ans et demi, elle a eu J... au bout d'un an de mariage; trois ans après,

seconde grossesse, elle donne naissance à une autre fille, âgée aujourd'hui de neuf ans et demi, lymphatique, nerveuse. Dans les antécédents, on ne note aucune maladie sérieuse; pas d'attaques de nerfs, pas de stigmates hystériques, mais on relève certaine manie caractérisée par la flexion et l'extension alternative des dernières phalanges, tantôt des mains, tantôt des pieds. Bien que les mouvements s'exécutent inconsciemment, ils restent soumis à l'action de la volonté; pour les réprimer, il suffit que l'attention soit portée sur eux.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — Fluxion de poitrine à l'âge de deux ans et demi qui a laissé une toux sèche, nerveuse; à quatre ans, rougeole; pas de convulsions, pas de rhumatisme. Agée de six ans, J... est assise près d'une croisée, lorsqu'un cheval vient s'abattre à ses pieds. Grande frayeur, l'enfant reste agitée toute la journée; au milieu de la nuit, elle se dresse sur son séant, se met à pousser des cris d'effroi et voit devant elle le cheval. La crise hallucinatoire dura environ un quart d'heure. Quelques jours après, les mouvements apparurent. D'abord, limités au bras droit, ils ont envahi la face, les autres membres et le tronc. Leur extension aurait été occasionnée par de nouvelles frayeurs survenues dans les circonstances suivantes :

En 1887, se trouvant avec sa mère à une procession organisée à l'occasion d'une mission, un orage épouvantable éclate; J... est tellement impressionnée qu'elle reste une dizaine de minutes sans pouvoir prononcer une parole. En 1890, le 14 juillet, elle était descendue à la cave chercher du vin, lorsqu'une fusée pénètre par le soupirail et fait explosion. L'émotion est telle que l'enfant est plusieurs heures à trembler de tous ses membres. C'est à la suite de ce dernier incident que les mouvements se sont généralisés aux membres inférieurs et au tronc.

Etat actuel. — Jeune fille, suffisamment développée pour son âge; face légèrement asymétrique, l'hémiatrophie porte sur le côté droit; tous les organes fonctionnent bien; le cœur, les poumons ne présentent pas de signe d'une lésion quelconque. Non encore réglée. L'état mental n'offre aucune particularité; pas d'idées bizarres, pas d'idées fixes, sait lire, écrire. Caractère doux, tranquille.

La recherche des stigmates hystériques donne les résultats suivants : rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil droit; ouïe, goût, odorat diminués à droite; il en est de même des divers modes de la sensibilité. Sens musculaire légèrement obtus de ce côté; la main apprécie imparfaitement la forme des objets. Réflexes pharyngien et conjonctival abolis; force musculaire conservée à gauche, très diminuée à droite.

Description des mouvements. — Les mouvements sont partiels ou généralisés, partiels ils sont limités à la face et au bras droit; géné-

ralisés, ils occupent la tête, les membres et le tronc; ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents, aussi nous les considérerons dans les diverses positions prises par la malade, à l'exclusion des premiers dont la seule particularité est d'être localisés.

Assise sur une chaise, les mouvements peuvent être ramenés à trois temps. — 1er temps : Les globes oculaires sont portés en haut, déviés à gauche, le front se ride, les sourcils se froncent, la tête subit un mouvement de torsion de droite à gauche; — 2e temps : Clignement brusque des yeux, flexion de la tête sur l'épaule droite, qui s'élève en même temps que le bras de ce côté demi-fléchi est appliqué sur la poitrine; flexion de la jambe droite, dont le pied frappe le barreau de la chaise; — 3e temps : La tête est ramenée brusquement de droite à gauche; elle exécute un mouvement complet de latéralité; fléchie qu'elle était sur l'épaule droite, elle se met en flexion sur l'épaule gauche, qui s'élève à son tour; le bras gauche demi-fléchi est porté sur la poitrine; le membre inférieur de ce côté est placé en adduction, le pied gauche s'appliquant contre le droit; enfin, des mouvements de latéralité du tronc en tout point comparables à ceux que provoquerait une sensation de démangeaison dans le dos, terminent cette série de contractions. Parfois, le mouvement convulsif est précédé de la projection de la langue hors de la bouche, ou encore de grimaces dues à la mise en jeu des muscles grand et petit zygomatiques et des dilatateurs de l'aile du nez.

Assise à terre, les jambes étendues, les mouvements restent les mêmes pour la face, les membres supérieurs et le tronc, mais la jambe droite se met en flexion (position du tailleur assis sur son établi), et chaque secousse musculaire détermine le soulèvement et la projection du tronc en avant, de sorte qu'à la fin de chaque contraction la malade retombe lourdement sur son siège.

Etendue à terre de tout son long, les seules particularités portent sur la tête et les épaules qui sont détachées du sol à chaque mouvement convulsif.

Dans la station debout, en plus des contractions de la tête et des membres supérieurs, on observe une légère flexion de la cuisse sur l'abdomen et de la jambe sur la cuisse; puis, le pied est ramené à terre, mais sans phénomène de choc. En outre, pendant que la jambe droite est ainsi fléchie, la jambe gauche, sur laquelle repose la malade, est le siège de contractions intermittentes qui ont pour effet de détacher le talon du sol; aussi, durant ces secousses, tout le poids du corps porte sur la pointe du pied gauche.

En marche, les mouvements sont ceux de la station debout; mais toutes les fois qu'ils se produisent, la malade saute à cloche-pied sur la jambe gauche.

Comme nombre, les mouvements sont très variables. Sous l'influence de l'émotion ou de la fatigue, on notera 10, 12 secousses musculaires généralisées par minute; par contre, si l'attention est

tenue en éveil, il s'écoulera vingt, trente secondes entre deux contractions consécutives. Ils se manifestent par accès à intervalles irréguliers; tantôt on constatera un repos d'une ou plusieurs minutes, tantôt la période d'accalmie sera seulement de quelques secondes. Ils s'exécutent avec une certaine rapidité, mais, d'une manière générale, on ne saurait les comparer à une décharge électrique. Ce caractère ne s'observe guère que pour les contractions qui inaugurent la sériation des divers actes musculaires composant un mouvement généralisé. Bien que très atténués, ils persistent pendant le sommeil, notamment pour le bras droit qui reste agité de légères secousses musculaires; enfin, ils durent depuis six ans sans qu'ils aient jamais complètement disparu; — les parents ont bien noté deux périodes de calme relatif, chacune de quelques semaines de durée, mais, même dans ces moments, la face et le membre supérieur droit étaient le siège de contractions.

La coprolalie, l'échocinésie, les troubles psychiques font défaut; l'écholalie existe et se manifeste principalement le soir, dans les quelques heures qui précèdent le coucher. La répétition porte sur des mots formés d'un petit nombre de syllabes : oui, non, boire. Elle est de date récente, remonte à peine à quelques mois.

Tels sont les symptômes qu'il convient maintenant d'interpréter. Si l'on fait abstraction des phénomènes d'écholalie, l'appareil symptomatique se trouve ramené à des mouvements étendus à tout le corps, dont le propre est d'échapper à l'action de la volonté. Lorsque les mouvements involontaires sont ainsi généralisés, de prime abord on est porté à songer à la chorée. Cependant, à un examen détaillé, aucune des qualités des contractions ne justifie cette opinion.

Les caractères inhérents aux mouvements choréiques sont : la lenteur, le défaut de coordination, la permanence. La lenteur se traduit par des gesticulations peu étendues, ondulées si on peut dire, par conséquent placées à l'opposé du type convulsif; le défaut de coordination est tiré de ce que les contractions ne répondent à aucun acte physiologique; elles sont illogiques, aussi prêtent-elles au rire. La permanence indique que les mouvements se produisent sans trêve ni repos, du moins à l'état de veille. Cette permanence des mouvements peut fournir dans l'espèce un signe d'une certaine valeur, qui est tiré de l'écriture. Malgré toute son attention, les pleins et les déliés que trace le choréique, trahissent les contorsions dont le membre est agité.

A ces signes extérieurs s'ajoutent ceux empruntés à l'hérédité, au début et à l'évolution de la maladie.

La chorée, le plus habituellement, se réclame du rhuma-

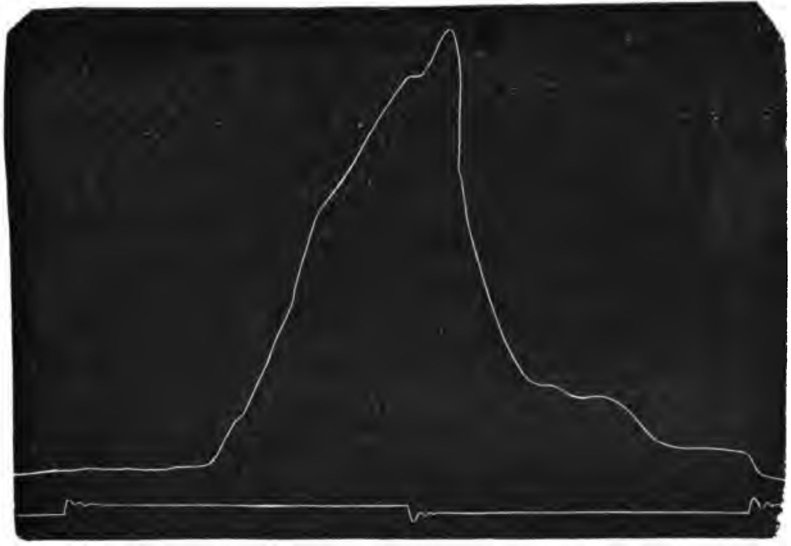


Fig. 4. — La contraction n'offre pas la rapidité de la secousse musculaire; elle s'accomplit cependant dans un temps relativement court (1 sec. 1/2), et sans saccades.

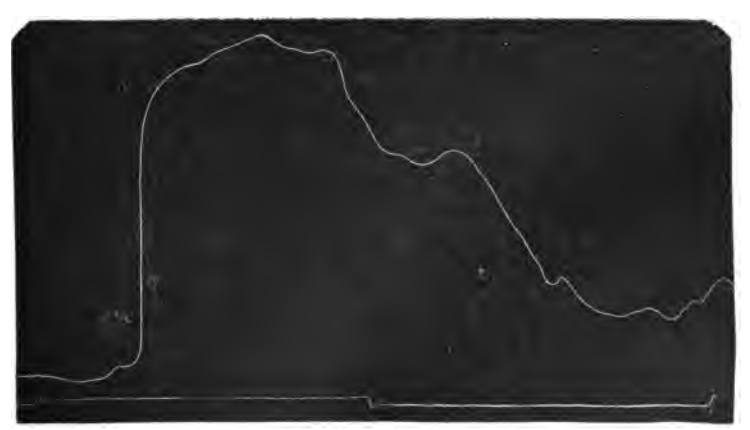


Fig. 5. — La contraction, au début, simule l'explosion d'une décharge électrique, mais aussitôt elle s'éternise, rappelle le muscle en état de tétanie, et prend fin d'une manière progressive par saccades.

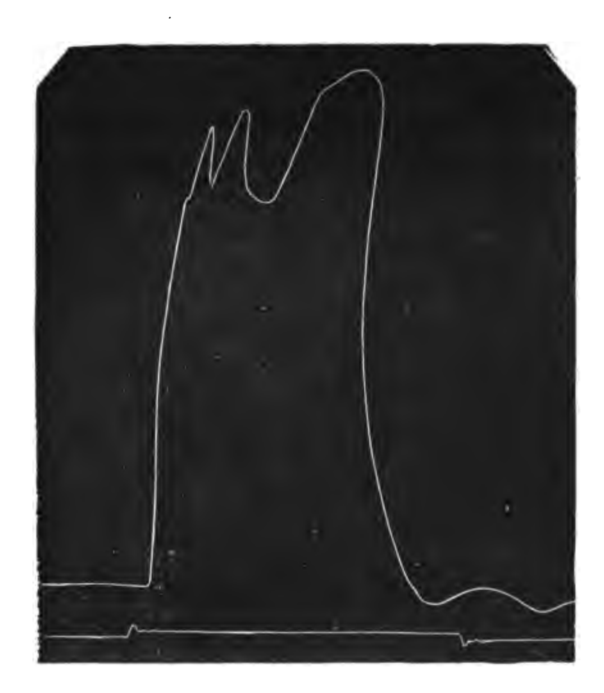




Fig. 6, 7. — La contraction, au début et à la fin, est l'analogue de la secousse musculaire, mais les lignes d'ascension et de descente sont séparées par un plateau plus ou moins accidenté.

tisme ou de l'hystérie ; parfois, de ces deux facteurs à la fois. Son début est marqué par des modifications du caractère, par un affaiblissement momentané des facultés intellectuelles ; sa durée est de deux à quatre mois — chez l'enfant, exceptionnellement, elle est chronique — et les cas où elle a duré un temps plus long se rapportent à des malades dont les accès choréiques étaient entrecoupés par des périodes de calme absolu.

Si de ces particularités nous rapprochons les traits essentiels à notre malade, nous trouvons entre eux une opposition absolue. Chez J..., le mouvement, sans avoir la rapidité de l'éclair, présente une certaine brusquerie ; sur le tracé, la ligne d'ascension est presque verticale, de même, la ligne de descente (*fig.* 4) ; les ondulations ne s'observent que tout à fait à la fin de la contraction, — c'est là l'exception, — (*fig.* 5), ou bien pendant sa durée, et alors on constate une ligne en plateau, légèrement accidentée, qui rappelle la contraction du muscle en état de tétanie (*fig.* 6, 7); enfin, pour les muscles

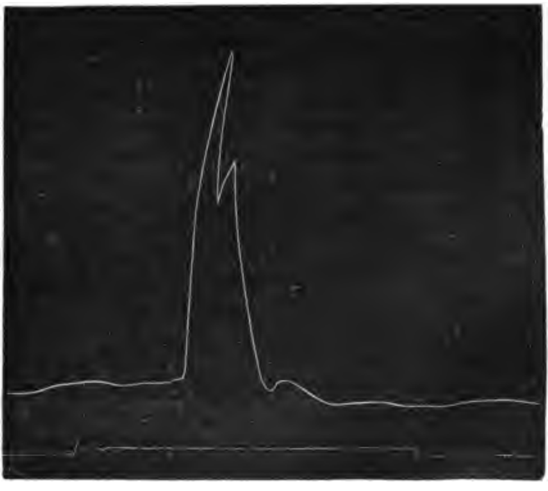


Fig. 8. — Inscription des muscles du cou, lorsque la tête est fléchie sur l'épaule droite. — La durée de la contraction est à peine d'un quart de seconde.

du cou, le tracé simule l'explosion d'une décharge électrique (*fig.* 8).

Comme étendue, les mouvements ne sont pas limités à un

segment de membre, mais au membre tout entier. De plus, ils sont systématisés, c'est-à-dire invariables, stéréotypés en quelque sorte, se reproduisant toujours de la même façon, qu'ils soient partiels ou généralisés.

Le défaut de coordination n'existe pas ; pour si limité que soit le mouvement, il répond toujours à un acte physiologique. Ainsi, le froncement des sourcils, l'occlusion des paupières, la flexion de la tête sur les épaules, la projection du bras sur la poitrine, le sautillement, les mouvements de latéralité du tronc sont tout autant de contractions qui ne diffèrent de l'acte physiologique que parce qu'elles ne sont pas voulues, et que les sensations qui leur donnent naissance sont absentes.

Un autre trait caractéristique est tiré de la non permanence des mouvements. Pour si agitée que soit la malade, elle reste toujours quelques secondes sans présenter la moindre contraction; aussi, dans ces intervalles de repos, écrit-elle très lisiblement, et les lettres qu'elle forme n'offrent pas trace d'irrégularité. Que l'on compare l'écriture de J... et cette autre d'une jeune choréique, et toute hésitation sera levée (*fig.* 9, 10).

Fig. 9. — Fac-similé de l'écriture de J... V...

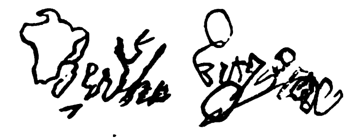


Fig. 10. — Fac-similé de l'écriture d'une jeune choréique (hystérique), dont le trouble fonctionnel disparut en quarante-huit heures. — Cette malade, atteinte de chorée manifeste depuis quelques semaines, nous avait été adressée pour suivre un traitement thermal par notre excellent confrère, M. le Dr Fort, de Carbonne.

Pareillement, si elle lit, cause ou récite, l'articulation des mots reste distincte ; son débit, à l'inverse de celui du choréique, n'est pas plus précipité à un moment qu'à un autre.

Au point de vue de l'hérédité, si on relève des hystériques

parmi les ascendants, on est tenu de reconnaître que les cérébraux occupent le premier rang. Pour un hystérique, nous trouvons un dément, six paralytiques, sans compter les originaux; par contre, pas le moindre rhumatisant.

Quant au début et à la durée de l'affection, il y a lieu de faire observer que la maladie n'a pas été précédée de troubles de l'intelligence ni de modifications dans le caractère, et que les mouvements persistent depuis six ans sans avoir jamais complètement disparu. Voilà donc tout autant de dissemblances parfaitement tranchées, qui autorisent à repousser le diagnostic de chorée vulgaire ou de chorée de Sydenham.

Convient-il d'attribuer les mouvements de J... à l'hystérie, et par suite de les considérer comme des spasmes hystériques? Ici, cette hypothèse a pour elle la nature du terrain sur lequel l'affection s'est développée.

Chez la malade, en effet, l'hystérie est manifeste; elle résulte de la constatation des stigmates; au besoin, de cette toux brève, non accompagnée d'expectoration ni de lésion pulmonaire, survenue à l'âge de deux ans et demi, à la suite d'une fluxion de poitrine. Elle s'étaie encore sur les antécédents de la grand'mère maternelle qui, jusqu'à la ménopause, a eu des attaques convulsives fréquentes. Mais, de ce que la malade est une hystérique, il ne s'ensuit pas que les mouvements qu'elle présente doivent être rapportés fatalement à l'hystérie ; c'est simplement une présomption. Pour conclure à des spasmes hystériques, il faut que nous retrouvions en eux les caractères assignés aux mouvements spasmodiques de cette nature.

De ces caractères, celui qui sans contredit offre un intérêt de premier ordre, c'est l'uniformité, la cadence avec laquelle ils se produisent. Qu'ils surviennent sous forme d'accès ou se montrent pendant un temps plus long, les intervalles qui séparent les contractions sont toujours régulièrement espacés.

De plus, les spasmes hystériques cessent habituellement pendant le sommeil ; ils peuvent être modifiés ou suspendus par les changements de position, par la pression d'une zone spasmo-frénatrice; ils s'observent le plus souvent après la puberté, ce n'est que très exceptionnellement qu'on les rencontre dans le jeune âge; enfin, ils apparaissent à la suite d'une frayeur ou d'un traumatisme; mais, de même que

l'émotion leur a donné naissance, de même elle peut les faire disparaître, tout comme un traitement approprié. Or, tous ces caractères manquent dans notre cas.

D'abord, les mouvements ne sont pas uniformes; ils sont tantôt généralisés, tantôt plus ou moins localisés ; les intervalles qui séparent deux contractions sont des plus variables [1]; en outre, ils persistent bien qu'atténués pendant le sommeil; les changements d'attitude ne les font pas disparaître momentanément ni n'exercent sur eux la moindre modification ; leur apparition remonte à l'âge de six ans, à la suite d'une vive frayeur il est vrai, mais, depuis, la malade a éprouvé deux autres émotions non moins vives, et les mouvements au lieu de disparaître ou simplement de s'atténuer n'ont fait que s'accuser. Enfin, voilà six mois que J... est soumise aux préparations ferrugineuses, fait de l'hydrothérapie, et son état ne s'est nullement amélioré. Le seul bénéfice du traitement a porté

[1] Les deux tracés suivants permettent de se faire une idée très juste des dissemblances fondamentales qui existent entre les spasmes hystériques et les contractions propres à la maladie des tics : l'un est emprunté à l'ouvrage de M. le professeur Pitres, à l'obligeance duquel nous

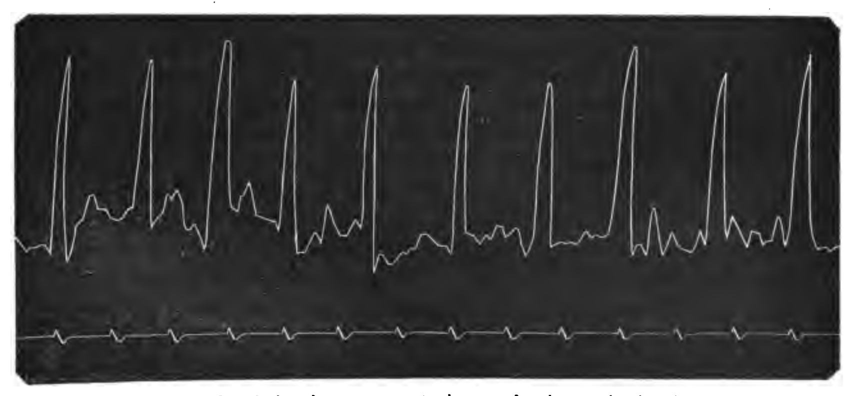
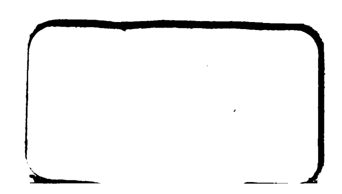


Fig. 11. — Inscription des mouvements des muscles du cou de Victorine P... pendant les accès de hoquet. (Pitres, t. 1, p. 343.)

devons de pouvoir le reproduire; l'autre a été pris sur notre malade. De la comparaison de ces deux graphiques, il ressort que dans les spasmes hystériques les secousses musculaires présentent une amplitude uniforme, se reproduisent à des intervalles équidistants, en un mot, s'accomplissent avec une harmonie parfaite. Dans la maladie des tics, au contraire, le rythme n'existe pas, les contractions ne présentent ni uniformité ni cadence.



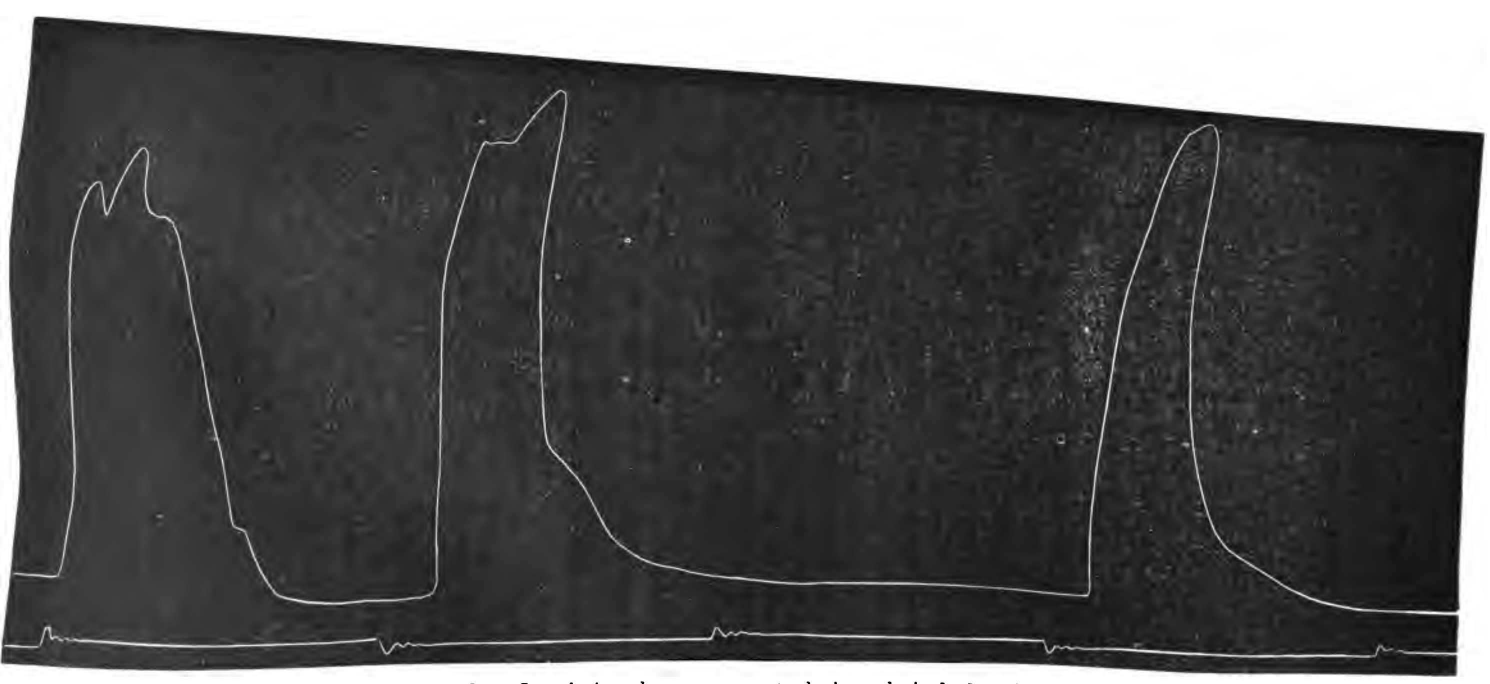


Fig. **12.** — **Inscription des mouvements du bras droit de J... V...**

sur les stigmates hystériques ; la force musculaire est redevenue à peu près égale des deux côtés ; les divers modes de la sensibilité ont été récupérés. Quant aux troubles sensoriels, ils restent ce qu'ils étaient avant. En conséquence, on est en droit de conclure que les mouvements ne relèvent pas de l'hystérie, bien que la malade soit une hystérique.

Si on envisage, au contraire, la maladie des tics, on n'a pas de peine à reconnaître que la plupart des symptômes présentés par J... rentrent dans le cadre nosographique qui a été tracé de cette affection. Quelques-uns cependant manquent au tableau ; mais de ce que, dans un cas donné, on ne retrouve pas tous les éléments constitutifs de la maladie, ce n'est pas une raison suffisante pour laisser le diagnostic en suspens, surtout lorsque les symptômes observés ne concordent avec ceux d'aucune autre affection. D'ailleurs, les caractères qui font défaut sont loin d'être constants et univoques ; leur absence a été signalée dans un certain nombre d'observations, comme on a relevé leur présence dans des cas où la maladie des tics n'était pas en cause.

La maladie des tics convulsifs, telle qu'elle a été décrite par MM. J.-M. Charcot, Gilles de la Tourette et G. Guinon, peut être définie de la sorte : affection héréditaire, produit de la vésanie, très tenace, survenant dans le jeune âge à la suite d'un traumatisme ou d'une vive émotion, caractérisée par des mouvements involontaires avec troubles divers du système nerveux.

Les mouvements, d'abord limités, se généralisent et peuvent s'accompagner de soubresauts du membre inférieur ; ils sont systématisés, se produisent par accès, sans le moindre rythme, avec la rapidité de l'éclair.

Les troubles nerveux consistent dans l'émission involontaire de paroles ordurières (coprolalie), dans la répétition automatique de mots ou de bruits (écholalie), de signes (échocinésie), et dans des troubles psychiques tels qu'idées fixes, délire du doute.

Or, ces divers caractères, à l'exception de la plupart de ceux afférents aux troubles nerveux qui manquent en partie, se retrouvent chez la malade.

L'hérédité, produit de la vésanie, résulte des déments, des paralytiques [1], des originaux qui figurent au nombre des

[1] Pour les lésions en foyer du cerveau qui, selon toute vraisemblance,

ascendants; elle est affirmée par l'asymétrie de la face. La ténacité de l'affection est mise en évidence par la longue période écoulée depuis le début de la maladie. L'apparition des mouvements à l'âge de six ans, les circonstances qui ont précédé leur manifestation témoignent que l'affection est survenue dans le jeune âge, à la suite d'une vive émotion. Dans le principe, les contractions musculaires ont occupé le bras droit, la face, puis se sont étendues aux autres membres et au tronc; voilà qui est d'accord avec la marche envahissante de la maladie. Les mouvements se reproduisent à des intervalles irréguliers, surviennent par accès, s'accompagnent de tressautement des membres inférieurs, reconnaissent constamment la mise en jeu des mêmes muscles, ce sont là encore tout autant de caractères propres aux tics convulsifs. Quant à la rapidité des mouvements, elle n'est pas ici tout à fait comparable à la décharge d'une étincelle électrique; la contraction, au début, offre bien cette analogie, mais ensuite, le plus souvent, elle s'éternise, si on peut dire, et ne reprend ce premier caractère que lorsqu'elle touche à sa fin, ou bien s'éteint graduellement par des secousses de moins en moins accusées. Aussi, à ce point de vue, la malade s'éloigne du type décrit

ont amené les paralysies, tant du côté paternel que du côté maternel, il n'est guère possible de ne pas en tenir compte, bien qu'elles n'aient pas encore pris rang au nombre des tares dont se réclament les affections neuropathiques. Ainsi, dans le cas actuel, pour un dément nous trouvons six paralytiques. Cette proportion n'est-elle pas un enseignement? D'ailleurs dans les trois autres observations, nous voyons la paralysie par lésion cérébrale figurer constamment au nombre des antécédents héréditaires. Dans l'observation I, elle constitue même le seul antécédent pathologique; dans l'observation II, elle est notée deux fois; dans l'observation III, on la relève chez un oncle du côté paternel. Et puis, pourquoi ne pas prendre en considération les lésions en foyer alors que l'on accueille volontiers les cas de paralysie progressive. Certainement, dans les deux maladies, le processus morbide n'est pas le même, puisque, d'une part, l'altération vasculaire est primitive, tandis que, d'autre part elle est consécutive à la dégénérescence des cellules nerveuses; mais est-ce que dans l'une et l'autre affection les émotions psychiques ne tiennent pas le premier rang dans les commémoratifs des malades? Que si l'on objecte la banalité de la lésion, n'est-il pas permis d'opposer la fréquence reconnue de la tuberculose et de l'arthritisme qui, cependant, sont considérés comme deux des principaux facteurs des maladies nerveuses; et si l'on admet l'efficacité de la diathèse, pourquoi frapper d'ostracisme l'accident qui en est une des manifestations? Dès lors la lésion, tout comme la diathèse qui lui a donné naissance, doit entraîner pour les descendants les mêmes conséquences étiologiques.

par M. Charcot des mouvements des tiqueux et se rapproche plutôt de celui donné par M. Pitres [1] qui admet que dans la maladie des tics, « les contractions sont lentes, graduelles, progressives [2] ».

Arrivons aux troubles du système nerveux. Dans notre cas, l'écholalie seule est manifeste. Quelle est la valeur de ce signe ? Pour M. Charcot, l'écholalie se trouve seulement dans les tics [3]. Pour M. Guinon, au contraire, elle s'observe aussi bien chez les tiqueux que chez les hystériques [4].

Si l'on consulte les cas de spasmes respiratoires, compliqués d'émission involontaire de mots, notamment les observations rapportées dans l'ouvrage de M. Pitres [5], on constate que l'écholalie, chez les hystériques, est caractérisée par la répétition de mots presque toujours les mêmes, prononcés constamment à intervalles réguliers, et que le plus souvent l'articulation en est peu marquée. Ainsi, le malade de Bright répétait incessamment *hélas ! hélas !* celui d'Abercombrie, *échum* ; celui de Galvagni, *ba*. En analysant le mode d'émission de ces mots, on reconnaît qu'à leur production, les mouvements des lèvres, de la langue prennent une faible part, tandis que le mode d'expiration y joue un rôle prépondérant. Quant aux exclamations franchement articulées, telles : *cochon*, *cochon* (Obs. de M. Chairou), *té voilà ! té voilà!* (Obs. de M. Pitres), il y a lieu de remarquer que, dans ces deux cas, tout mouvement volontaire faisait défaut, et, d'ailleurs, l'écholalie portait invariablement sur le même mot. Voilà donc des caractères qui n'appartiennent pas à la maladie des tics, dont le propre de l'écholalie est de porter sur des mots nettement articulés, qui peuvent changer suivant les moments et les circonstances, et dont l'émission se produit à intervalles très irréguliers. Ainsi

[1] A. Pitres. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I, p. 318.

[2] De ces deux opinions de concevoir la qualité du mouvement chez les tiqueux, nous croyons la première plus conforme à la généralité des faits; c'est elle qui est représentée dans les trois premières observations; si pour cette autre malade les mouvements présentent le plus habituellement une lenteur relative, il n'en n'est pas moins vrai que parfois la comparaison avec l'explosion d'une décharge électrique leur est applicable.

[3] J.-M. Charcot. — *Semaine médicale*, 6e année, n° 37, p. 364, et *Archives de Neurologie*, vol. XXIII, n° 67, p. 83.

[4] G. Guinon. — *Revue de médecine*, 7e année, n° 6, p. 511.

[5] A. Pitres, *loc. cit.*, p. 353, 354.

compris, ce signe a une valeur de premier ordre, et sa présence chez la malade confirme le diagnostic de maladie des tics.

La coprolalie n'existe pas chez J... Toutefois, une distinction est nécessaire. Si par ce terme on entend l'émission involontaire de paroles ordurières, accompagnant le plus souvent le mouvement convulsif, certainement ce trouble du système nerveux fait défaut chez la malade. Mais si on étend sa signification jusqu'à faire rentrer dans la coprolalie l'émission éclatante et successive de mots grossiers, se produisant seulement dans des moments d'agacement [1], alors, J... est manifestement coprolalique. Enervée par sa jeune sœur, les parents ont noté qu'elle prononçait à deux ou trois reprises consécutives et sur un timbre éclatant le mot de Cambronne. Cependant, la fillette est d'une certaine retenue, et dans son entourage, elle n'est pas habituée à entendre des expressions pareilles. Dès lors, que conclure? Ici encore, l'hésitation n'est pas permise. Pour nous, J... ne présente pas ce phénomène; car à étendre ainsi la signification du terme coprolalie, peu d'enfants, même appartenant à une certaine classe de la société, échapperaient à ce trouble.

Pareille restriction doit être apportée aux tics de la pensée qui sont si peu accusés chez la malade, que nous avons cru devoir les passer sous silence. Il lui arrive bien de regarder à plusieurs reprises sous son lit pour voir si quelqu'un ne s'y trouverait pas caché, ou encore de s'assurer si la porte de l'appartement est réellement fermée ,alors qu'elle vient, quelques instants avant, de donner un tour de clef; mais on ne saurait considérer ces allées et venues comme des obsessions pathologiques, et dans leur appréciation, il convient de faire la part de l'âge.

Au résumé, de cette discussion des caractères propres à la chorée, aux spasmes hystériques et à la maladie des tics, il résulte que J... est atteinte de cette dernière affection. C'est une hystérique chez laquelle s'est déclarée la maladie des tics convulsifs, ou, si l'on préfère, une tiqueuse présentant des stigmates hystériques. Elle est hystérique du fait des ascendants de la branche maternelle; elle est tiqueuse par ses ancêtres du côté paternel. L'hérédité, très chargée de part et d'autre, s'est manifestée sous deux formes distinctes, et de même qu'elle peut donner naissance chez un même individu à

[1] G. Guinon. — *Revue de médecine*, 7e année, no 6, p. 518.

des lésions relevant de la superposition de deux maladies, de même chez J... elle a créé deux états morbides différents : les tics et l'hystérie. Et comme le dit excellemment M. G. Guinon : « Pourquoi ces deux névroses ne pourraient-elles pas se rencontrer associées l'une à l'autre? L'hérédité qui crée à elle seule la maladie des tics ne joue pas non plus un médiocre rôle dans l'étiologie de l'hystérie. D'autre part, ne voit-on pas tous les jours des associations morbides semblables? L'épilepsie se marie souvent avec l'hystérie pour constituer cette maladie qui a reçu le nom d'hystéro-épilepsie à crises séparées. De même, il existe des cas dans lesquels l'hystérie et la maladie des tics convulsifs viennent se greffer l'une sur l'autre [1]. »

De cette étude sur la maladie des tics, découlent les conclusions suivantes : Sous la dénomination de maladie des tics, il convient de comprendre non seulement les cas dans lesquels les mouvements involontaires sont généralisés, mais aussi ceux où les spasmes sont tout à fait localisés. Ces derniers, pareillement, se réclament du traumatisme (Obs. I), de l'hérédité (Obs. II), et donnent lieu à la coprolalie (Obs. I), aux tics de la pensée (Obs. I, II). Pour les uns comme pour les autres, l'hérédité joue le principal rôle : elle peut être directe et similaire (Obs. II), ou bien collatérale et de transformation (Obs. III, IV). Aux causes incriminées, désignées du terme générique de vésanies, doivent s'ajouter l'alcoolisme (Obs. III), et vraisemblablement les lésions en foyer du cerveau (Obs. I, II, III et IV). Lorsque la maladie des tics coexiste avec l'hystérie, il est possible, en dehors du traumatisme, de retrouver chez les ascendants les facteurs propres à ces deux névroses (Obs. II, IV).

Les caractères distinctifs de la maladie des tics sont tirés du début de l'affection, de son évolution, des qualités du mouvement et des troubles nerveux. Elle se manifeste dans le jeune âge : quatre ans (Obs. III), six ans (Obs. IV), neuf ans (Obs. I) ; parfois elle se développe après la puberté, dix-huit ans (Obs. II). Son évolution est indéterminée; dans un des cas elle dure depuis trente-cinq ans (Obs. I), dans un autre depuis quarante ans (Obs. III), dans un troisième, depuis six ans (Obs. IV) ; enfin, dans le quatrième, elle remonte seulement à quelques mois (Obs. II).

[1] G. Guinon. — *Revue de médecine*, 7e année, n° 6, p. 518, 519.

Les qualités du mouvement sont : la rapidité, la systématisation, la coordination, l'arythmie. Parfois, la rapidité fait défaut (Obs. IV), mais, même dans ces cas, les tracés obtenus offrent des analogies avec les mouvements qui simulent une décharge électrique.

L'écholalie, l'échocinésie, la coprolalie, les tics de la pensée peuvent se trouver réunis chez le même individu (Obs. III). Le plus souvent, ces phénomènes s'observent isolés : écholalie (Obs. IV), troubles psychiques (Obs. II), ou diversement associés, troubles psychiques et coprolalie (Obs. I). L'écholalie porte sur des mots formés de plusieurs syllabes qui sont nettement articulés (Obs. III, IV) ; elle peut être auditive et visuelle ; visuelle, la répétition a lieu à voix basse (Obs. III).

L'échocinésie consistant dans la reproduction des mouvements habituels au malade paraît intimement liée à l'émission des mots orduriers, lorsque ce trouble existe (Obs. III).

La coprolalie peut se manifester sous deux formes distinctes : à haute voix ou à voix basse ; à haute voix, les paroles grossières accompagnent les secousses musculaires ; à voix basse, ellez sont émises en dehors d'elles. Ces deux formes peuvent se rencontrer chez le même malade (Obs. III). Parfois, l'explosion des mots coprolaliques se trouve retardée par un effort de la volonté (Obs. I).

Les troubles psychiques, dans les trois cas où ils ont été notés, se sont traduits par des idées de doute, des manies, des obsessions (Obs. II, III), ou des idées de suffisance, d'infaillibilité (Obs. I).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE L'HYSTÉRIE ET LES MALADIES ORGANIQUES DU CERVEAU;

Notes cliniques recueillies par le D[r] F. GHILARDUCCI,
de Jivizzano (Italie)[1]

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES CAS ÉTUDIÉS PRÉCÉDEMMENT. — Les quatre observations que nous avons

[1] Voir *Archives de Neurologie*, p. 387.

exposées donnent lieu à quelques considérations d'ordre général, qui nous paraissent importantes au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Nous allons les résumer brièvement.

Nous avons montré que tous nos cas simulent exactement des accès d'épilepsie, soit sensitive, soit motrice. Or, que l'hystérie puisse reproduire très fidèlement le tableau de l'épilepsie partielle, c'est une chose bien établie. Charcot, Ballet, Crespin, Babinski [1], en rapportent des observations d'une netteté remarquable. Dans celles-ci, l'absence de fièvre malgré le chiffre élevé (plusieurs milliers) des attaques se répétant pendant plusieurs jours presque sans intervalles, l'apparition après une ou plusieurs séries d'attaques du délire, la présence des zones hystérogènes, donnent à l'observation clinique une signification diagnostique presque mathématique.

Il n'en était pas ainsi dans nos observations. En effet, les attaques se sont présentées isolément, à l'exception du cas de Bar..., lequel eut vingt-huit attaques dans un jour et pas en notre présence. Une ébauche de délire a été observée dans deux de nos cas (deuxième et troisième) et nous l'avons utilisée pour le diagnostic, moins pour ses caractères intrinsèques que pour sa relation avec l'état mental du malade. Dans tous les cas une grande difficulté au diagnostic nous a été présentée par l'absence des zones hystérogènes.

L'analyse des urines, laquelle, selon l'enseignement de Gilles de la Tourette, aurait pu nous fournir des résultats utiles pour le diagnostic différentiel, n'a pas été faite par nous pour les raisons suivantes. Si l'on veut que cette expérience donne des résultats exacts, elle doit être pratiquée avec une très grande rigueur scientifique, ce qui demande une surveillance continuelle du malade et de son alimentation ; de plus, le procédé d'analyse est long et délicat; ce sont là des circonstances qui rendent l'application pratique de ce procédé très difficile et nous avons préféré nous maintenir sur le terrain clinique.

En continuant donc l'analyse de nos cas, nous avons à faire

[1] V. *Lezioni cliniche del l'anno scolastico* 1882-84 *sulle malattie del sistema nervoso*, redatte dal Dr Millioti, Millano. 1883. — Ballet et Crespin. *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle.* (*Archiv. de Neurologie*, 1884.) — Babinsky. *L'atrophie musculaire dans l'hystérie. Progrès médical* 1886. (Obs. I.) — Babinski. *De la migraine ophtalmique hystérique.* (*Archiv. de Neurologie*, 1890, n° 60.)

les observations suivantes : dans le premier cas, c'est très remarquable la persistance pendant deux ans des crises hystéro-épileptiques avec les attaques épileptiformes, qui se présentaient tout à fait séparément et indépendamment les unes des autres, ce qui fut encore une cause de perplexité.

Dans tous les cas, il est à noter la présence d'antécédents morbides, héréditaires et personnels aptes à nous faire concevoir les soupçons d'une lésion organique. Chez la première malade, le diagnostic de tuberculose paraissait s'imposer par ses antécédents, par son amaigrissement et par les phénomènes bronchiques qu'elle présentait. Chez le deuxième, nous trouvons des signes de bacillose à l'apex pulmonaire droit, des conditions générales de santé très mauvaises. Chez le troisième malade, nous trouvons un développement qui n'est pas en harmonie avec son âge, et comme antécédents personnels, de nombreux traumatismes sur la tête. Chez le quatrième, des signes de rachitisme dans la déformation vertébrale, des fils maladifs avec engorgements glandulaires multiples et une hérédité cancéreuse.

Dans aucun de ces cas, il n'était possible de diagnostiquer la nature de la maladie en se basant sur la considération de l'attaque en elle-même. Elle représentait bien comme expression symptomatique, le syndrome de l'épilepsie sensitive ou motrice. Cela est si vrai, que tous nos malades ont été pris pour des organiques, par des praticiens fort distingués... Nous avons donc dû utiliser, pour le diagnostic, d'autres considérations que nous grouperons sous les quatre chefs suivants Ces considérations ont trait : 1° au développement, à la filiation des accidents et à leur évolution ; — 2° aux caractères spécifiquement hystériques de quelques-uns d'entre eux ; — 3° à l'absence des phénomènes persistants des maladies organiques ; — 4° à l'état mental des malades.

1° L'étude du développement et de la filiation des accidents nous a permis de nous expliquer le mécanisme avec lequel l'attaque a été constituée dans les deux premiers cas, et nous en avons tiré parti pour le diagnostic.

Dans le troisième cas, la manifestation brusque d'une paralysie, après une attaque et sa guérison soudaine à la fin d'une attaque successive, nous a fourni un argument très solide en faveur de la nature hystérique de l'attaque.

Dans le quatrième cas, le caractère hystérique du bégaie-

ment, du bredouillement et de la monoplégie crurale, nous ont éclairé sur la nature de la céphalalgie et de la crise, à la suite de laquelle ces phénomènes avaient paru.

Enfin l'étude de l'évolution des symptômes ne nous a pas été moins utile. L'amélioration et la disparition de quelques-uns d'eux (observation première), leur caractère transitoire et intermittent (observations deuxième et quatrième), nous ont fourni des preuves valables à l'appui du diagnostic d'hystérie.

2° Le caractère spécifiquement hystérique de quelques-uns des phénomènes présentés par nos malades, nous ont donné les arguments les plus décisifs. Nous les grouperons en trois classes :

a) Symptômes permanents. — Ils comprennent les stigmates hystériques présents dans tous les cas : la paraplégie (premier cas), la paralysie crurale avec démarche de Todd, bégaiement et bredouillement (quatrième cas).

b) Symptômes transitoires qui se sont manifestés pendant l'attaque et dans les intervalles. — Ils comprennent les paresthésies (premier cas), la parésie, le tremblement du bras, la céphalalgie, les étourdissements et la diplopie (deuxième cas).

c) Symptômes transitoires qui se sont manifestés seulement à l'occasion des attaques. — Ils comprennent l'aura hystérique (deuxième cas), ébauche du délire (deuxième cas), aura psychique (troisième cas).

Le premier groupe de ces phénomènes nous a permis d'affirmer la présence de la névrose dans tous les cas. Les deuxième et troisième nous ont démontré la relation qui existe entre eux et les attaques épileptiformes dans le cas de Cha...

3° L'absence de phénomènes persistants de maladies organiques nous a fourni pour tous les cas un signe utile. Ceci nous a servi comme un argument de renfort au diagnostic, jamais comme une base, parce que nous savons qu'ont été observés des cas de maladies organiques du cerveau, lesquels, pendant longtemps, sont restés latents et n'ont donné que des manifestations très vagues et des phénomènes peu accentués.

4° L'état mental de nos quatre malades est bien celui qui est caractéristique de l'hystérie; de toutes les particularités qui le démontrent et que nous croyons inutile de rappeler ici, la suivante nous paraît digne d'être remarquée. C'est que dans toutes les attaques se montre la reproduction des troubles sensitifs, moteurs ou émotifs qui ont marqué le début de la

névrose; dans le premier cas, ce sont les paresthésies; dans le deuxième, la céphalalgie, la diplopie, la parésie et le tremblement du bras; dans le troisième, la frayeur avec sensation d'angoisse; dans le quatrième, la céphalalgie. Ceci montre que

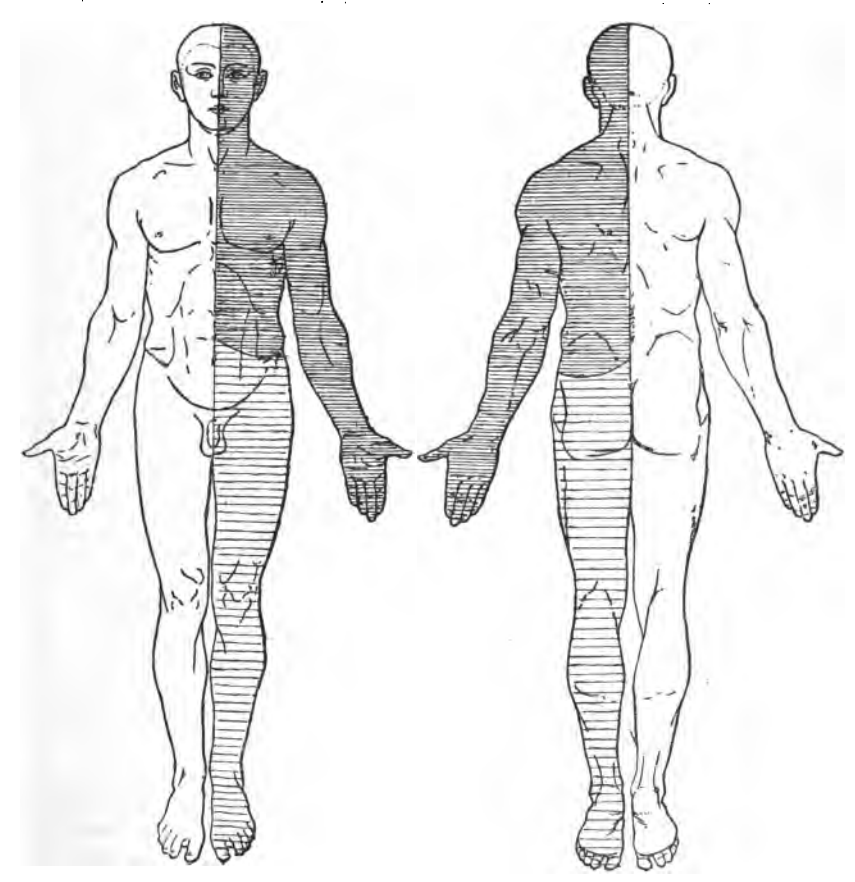


Fig. 13. — Examen du 1er juillet 1892.

les souvenirs de ces troubles occupent l'esprit de nos malades avec une persistance et une intensité qui sont tout à fait caractéristiques de l'état mental hystérique. Faut-il voir, dans leur réveil, leur invasion soudaine dans le champ d'une conscience suggestionnable au plus haut degré, la cause occasionnelle de

la crise ? L'on serait tenté de le croire, si l'on réfléchit que plusieurs de ces troubles ont persisté longtemps comme phénomènes isolés et transitoires avant que les crises éclatassent, et qu'ils se montrent toujours à leur début. Mais nous ne voulons pas ici aborder l'étude de la pathogénie de l'attaque hystérique, question extrêmement complexe et difficile. Nous avons seulement voulu mettre en relief certaines circonstances qui démontrent dans nos malades l'existence d'un état mental, croyons-nous, très caractéristique et qui confirme de tous points notre diagnostic.

Maintenant, il est temps de tirer de nos observations une conclusion d'ordre thérapeutique qui nous paraît très intéressante.

C'est que dans tous les cas d'épilepsie partielle, avant de procéder à la trépanation du crâne, dont l'application depuis quelque temps est entrée pour ainsi dire dans la pratique courante, il faudra s'assurer que l'hystérie n'est pas la cause des accidents morbides ; car nous avons vu par nos observations qu'elle peut simuler d'une façon parfaite l'épilepsie partielle ; et l'on sait, d'autre part, quelles fâcheuses conséquences succèdent parfois aux traumatismes lorsqu'ils touchent des individus sous le domaine de la névrose hystérique.

Observation V. — *Sur un cas d'apoplexie hystérique.*

All..., âgé de soixante-trois ans, tanneur, entre le 4 novembre à la Charité (service de M. le professeur Potain)[1].

Antécédents de famille.— La famille de All... est exempte de tare nerveuse. Ses parents sont morts à un âge très avancé. Il a eu dix frères et deux sœurs, dont quatre sont encore vivants et bien portants; les autres sont morts de maladies aiguës.

Antécédents personnels. — All... n'a jamais souffert de troubles dignes de remarque jusqu'à la maladie actuelle. Il a fait les campagnes de Crimée et d'Italie, en jouissant toujours d'une bonne santé : dans la campagne de Crimée, il fut blessé légèrement au pouce de la main droite; en 1870, il se battit aux environs de Paris. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques. Il n'a jamais contracté la syphilis.

Dès sa jeunesse, il a exercé toujours le métier de tanneur, en

[1] Je saisis avec empressement cette occasion pour remercier vivement mon éminent maître, M. le professeur Potain, pour m'avoir permis de recueillir cette observation dans son service.

gagnant très bien sa vie et en n'ayant jamais à lutter contre la misère.

Il y a cinq ans, il subit un désastre financier, après lequel il perdit tout ce qu'il possédait ; à la suite de cela, une terrible mélancolie s'empara de lui, et pendant trois ou quatre mois il resta dans un état très proche de l'aliénation mentale, il avait perdu toute activité psychique et physique. Puis petit à petit, il recommença à travailler, et ces conditions mentales et physiques revinrent à l'état normal. Sa santé se maintint bonne jusqu'au mois de mai passé. A cette époque, il commença à souffrir de vertiges qui le prenaient tous les dix ou quinze jours, parfois au réveil, parfois dans le cours du jour, soit à jeun, soit après avoir mangé, mais jamais dans la position horizontale. Ils duraient peu de secondes, ils ne s'accompagnaient pas d'obnubilation de la conscience, ni d'aucun trouble du sens ou du mouvement; seulement All... se sentait entraîné à tomber vers le côté gauche.

En juin, il consulta un praticien très distingué qui lui conseilla le régime lacté, les iodures; en même temps il lui fit connaître la gravité de sa maladie, en l'engageant à se soigner très sérieusement. All... fut très préoccupé de ces conseils, il fit le traitement ioduré, mais il ne suivit le régime lacté que très irrégulièrement. Pourtant les vertiges continuèrent jusqu'au 14 octobre. Ce jour-là, tandis qu'il était occupé à son travail il fut pris d'un vertige plus fort que d'habitude et il tomba sur son côté gauche en perdant complètement connaissance : All... resta plongé dans le coma pendant trois heures. Lorsqu'il revint à lui il se trouva complètement paralysé à gauche et presque complètement à droite ; à gauche, le mouvement le plus léger lui était impossible ; à droite, il pouvait à peine mouvoir les doigts de la main. Sa langue était contractée et immobile, les lèvres tirées vers la gauche; dans ces conditions, il lui était impossible de parler et aussi de mâcher.

Après quinze jours le mouvement commença à revenir à droite successivement dans la main, dans l'avant-bras et dans le bras, puis dans le membre inférieur. Après six semaines, la motilité s'était complètement rétablie dans tout le côté droit.

Le 4 novembre, il entra dans la clinique de M. Potain où il fut soumis au régime lacté, aux iodures et à l'électricité.

Peu à peu commencèrent à se rétablir les mouvements du côté gauche ; au mois de mars il était en mesure de descendre du lit. Voici sa situation au moment où je pratiquai l'examen objectif.

Examen objectif. (Pratiqué le 12 avril 1892.) — All... est de haute taille, bien conformé; il a l'apparence d'une vigueur peu commune pour son âge. Ses artères temporales sont très visibles, serpigineuses et très dures au toucher. L'angle labial gauche est fortement tiré en haut, la langue fortement déviée vers la gauche. Du reste, pas de trouble du langage parlé ou écrit.

Motilité. — All..., en se mettant en train de marcher incline fortement la colonne vertébrale, il porte le poids de son corps sur sa moitié droite en s'appuyant sur un bâton, puis il imprime à la hanche gauche un brusque mouvement de rotation et porte devant soi le membre inférieur gauche, en fauchant d'une façon très évidente. Du reste, All..., après avoir parcouru la salle dans sa longueur 2 ou 3 fois, est très fatigué et obligé de s'asseoir.

Le système musculaire est très bien développé. Pas d'atrophie, pas de secousse fibrillaires. Les masses musculaires sont également développées des deux côtés, seulement à gauche, elles sont plus dures au toucher; en palpant le biceps du bras gauche pour constater son état de nutrition, il se produit une flexion brusque de l'avant-bras; celui-ci se contracte brusquement et vient s'appliquer par la face antérieure contre le bras; pendant les mouvements passifs on trouve dans les deux membres de gauche un certain degré de résistance et de rigidité. Tous les mouvements actifs intéressant les différents groupes musculaires sont bien conservés, mais extrêmement faibles et incomplets. All... ne réussit pas avec sa main à se toucher l'épaule, il ne peut pas sans l'aide du bras tirer la jambe hors du lit. De plus tous les mouvements sont très lents, se font par saccades, comme si All... dût vaincre une très grande résistance. Lorsque le mouvement est achevé, les muscles se contractent fortement; ils restent ainsi contractés pendant quelques secondes, pendant lesquelles on les sent très durs au toucher, et All... ne peut exécuter le mouvement antagoniste qu'après quelques secondes; ce mouvement s'accomplit lentement et lui aussi par saccades. Ce phénomène est très évident, surtout pour les fléchisseurs des doigts. En invitant All... à serrer ma main dans sa main gauche, il y réussit avec beaucoup de fatigue, mais à peine le mouvement de flexion est-il achevé, son énergie augmente brusquement, je sens ma main serrée entre la sienne avec beaucoup de force et il doit s'écouler quelques secondes avant que All... puisse vaincre cette contracture de ses fléchisseurs en étendant les doigts.

Réflexes. — Le patellaire existe des deux côtés et il a une intensité normale. Le clonus du pied est absent. Le réflexe du poignet est très faible; l'olécranien est absent des deux côtés; l'abdominal et le plantaire sont absents à gauche.

Sensibilité. — Il existe à gauche une anesthésie-sensitivo-sensorielle complète et profonde. Le goût, l'odorat, l'ouïe sont complètement abolis.

Appareil de la vision. — *Œil gauche.* — Fonctionnement de la musculature interne et externe de l'œil, parfait. Pas de diplopie, pas de nystagmus. La perception des couleurs est éteinte. All... voit tout gris; son champ visuel est réduit presque à un point.

Œil droit. — Pas d'altérations.

Examen viscéral. — Le cœur est légèrement hypertrophique ; sa pointe bat au-dessous de la sixième côte, un peu en dehors du mamelon. Il y a une légère dilatation aortique, qui est démontrable avec la percussion ; à l'auscultation, on trouve le deuxième ton aortique un peu accentué : pas de bruits anormaux. L'examen des autres viscères donne des résultats complètement négatifs.

All... abandonne l'hôpital au mois de juin 1892 considérablement amélioré.

Diagnostic. — Dans ce cas, le diagnostic d'hystérie, qui a été confirmé après par l'issue de la maladie, s'appuyait sur l'hémianesthésie étendue et profonde du côté gauche, sur la présence du spasme glosso-labié, sur la faiblesse et absence des réflexes tendineux, malgré l'état spasmodique des muscles paralysés ; sur la présence de la diathèse de contracture qui se décelait par la flexion brusque de l'avant-bras lors de la palpation du biceps et par la flexion brusque des fléchisseurs des doigts, qui se produisait quand All... voulait serrer quelque chose dans sa main gauche. Ce cas est extrêmement intéressant, parce que l'âge du sujet et la présence d'altérations de l'appareil circulatoire nous pouvaient très facilement conduire à un diagnostic erroné. Cette erreur pouvait être raffermie par l'absence des réflexes abdominal et plantaire qui, selon Rosenbach, s'observe dans la paralysie organique et par la démarche hélicopoïde. Celle-ci, du reste, peut être observée, même dans l'hystérie, si les membres sont contracturés (Charcot).

La nature hystérique de l'hémiplégie nous renseigne sur la nature des troubles cérébraux qui leur donnèrent origine. Il est évident que l'on a affaire ici avec le syndrome décrit par Debove et Achard, sous le nom d'apoplexie hystérique [1].

Notre cas démontre comment cette dénomination est appropriée. En effet, nous rappellerons que All..., après un court vertige, tomba lourdement à terre, comme frappé par apoplexie foudroyante ; il resta plongé dans le coma pendant trois heures et à son réveil, il se retrouva complètement paralysé du côté gauche. Comme on le voit, la ressemblance avec l'apoplexie cérébrale était frappante, d'autant plus que ce tableau se présentait chez un homme d'âge avancé, et avec des marques visibles d'atéromasie artérielle, circonstances qui prédis-

[1] Debove. *Apoplexie hystérique.* (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 13 août 1886.) — Achard. *Même sujet*, thèse de Paris, 1887.

posent à l'hémorragie cérébrale. La preuve que ce que nous venons de dire n'est pas une exagération, c'est que le médecin appelé à soigner All... lui appliquait 24 sangsues à la nuque.

Nous ne voulons pas faire ici l'histoire de l'apoplexie hystérique; nous nous bornerons à faire quelques remarques sur son interprétation et sur son diagnostic. Pour ce qui est de l'interprétation, nous croyons que celle qui a été donnée par M. Charcot est très juste et conforme à la physionomie clinique de la grande névrose. Il équipare l'apoplexie hystérique à l'attaque de sommeil hystérique; elle doit donc être considérée comme une attaque hystéro-épileptique modifiée ou transformée. Pendant le coma apoplectiforme, nous nous baserons pour le diagnostic sur les mêmes arguments que le Maître nous a indiqués pour distinguer l'attaque de sommeil, à savoir sur l'existence de phénomènes plus ou moins ébauchés de la crise hystéro-épileptique (mouvements convulsifs, délire, attitude passionnelle), et surtout sur l'existence des zones hystérogènes. Cependant il faut se rappeler que tous ces phénomènes se retrouvent dans l'attaque de sommeil à peine ébauchés et d'une façon transitoire; nous devrons pour cela nous attendre à ne pas les retrouver constamment dans l'apoplexie hystérique par le fait même de sa courte durée.

Pour ce qui est de l'analyse des urines laquelle, selon Gilles de la Tourette, nous donnerait un puissant appui pour le diagnostic en nous démontrant dans le cas d'hystérie une inversion de la formule du phosphate, nous avons exposé précédemment les raisons pour lesquelles ce moyen de diagnostic ne nous paraît pas utilisable dans la pratique courante.

La présence d'une déviation faciale ne parle pas contre le diagnostic d'hystérie. Elle peut dépendre, ou d'une parésie, ou d'un spasme musculaire; la chose pourrait être vérifiée avec précision seulement au réveil du malade. La constatation du spasme glosso-labié a une signification clinique presque spécifique en faveur de l'hystéric, puisqu'il est très rare et tardif dans les lésions organiques. L'on doit à M. Charcot le mérite d'avoir fait connaître ce précieux moyen de diagnostic[1].

La paralysie faciale, pourvu qu'elle soit bornée au facial

[1] V. Charcot. *Hémispasme glosso-labié unilatéral chez les hystériques.* (*Semaine médicale*, 1887.) — Brissaud et Marie. *De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique.* (*Progrès méd.*, 1887.) — Belin. *Hémispasme gosso-labié des hystériques*, thèse de Paris, 1888.

inférieur, ne dépose non plus contre le diagnostic d'hystérie. En effet, elle a été signalée dans cette névrose pour la première fois par Ballet; désormais, la littérature médicale est très riche de cas de cette espèce[1].

Pour ce qui est des troubles du langage, peuvent se vérifier dans l'hystérie toutes les formes d'aphasie avec les mêmes caractères comme dans les lésions organiques. Nous ne pouvons entrer dans des détails sur cet argument. Nous rappellerons seulement que le seul mutisme, lorsqu'il correspond à la description classique qui en a été donnée par Charcot, est spécifique de la névrose hystérique. Pour les autres formes, nous ne pourrions nous guider, pour un diagnostic sûr, que sur l'évolution et sur les phénomènes concomitants.

Si l'attaque comateuse est suivie une hémiplégie, les caractères de celle-ci pourront nous éclaircir sur la nature des phénomènes qui l'ont précédée. En d'autres termes, nous serons réduits alors à faire le diagnostic différentiel entre l'hémiplégie hystérique et celle de cause organique.

Or, nous avons démontré que l'hémiplégie, dans ce cas, était de nature hystérique; donc il faut conclure que même les accidents comateux qui lui donnèrent origine furent de nature hystérique. Donc le diagnostic d'apoplexie hystérique mis en tête de ce travail est pleinement justifié.

Observation VI.— *Sur un cas d'hémiplégie hystérique présentant des caractères qui ne lui appartiennent pas généralement.*

Bo..., âgé de quarante-trois ans, de Rouen, scieur de pierres, entre le 29 juin 1892, à la Salpêtrière (service de M. le professeur Charcot).

Antécédents de famille. — Son père mourut à l'âge de cinquante-huit ans à la suite d'un grave traumatisme. Sa mère mourut à cinquante-six ans d'une maladie aiguë. Il a quatre frères qui jouissent tous d'une bonne santé. Personne de sa famille ne souffre de maladies nerveuses.

Antécédents personnels.— Bo... n'a jamais eu de maladies dignes de remarque dans sa première jeunesse. Dès l'âge de six ans, il commença le métier de fumiste et il le continua jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. A cette époque, en se trouvant à travailler au-dessous

[1] Ballet. *Paralysie faciale hystérique.* (*Soc. méd. des Hôp.*, 21 nov. 1890.) — Ballet. *Paralysie faciale hystérique*, thèse de Paris, 1891. — Pasquez. *Paralysie faciale hystérique.* (*Bull. méd.*, 1891.)

d'une voûte en construction, la voûte s'écroula, Bo... n'eut pas le temps de s'enfuir et se trouva couvert par les matériaux. Il en reçut une fracture très étendue de l'os pariétal droit, de laquelle il porte encore les traces. Il perdit les sens complètement ; lorsqu'il revint à lui à son domicile où on l'avait transporté, il ressentit une douleur très forte dans toute la mâchoire droite et dans l'oreille de laquelle sortait du sang en abondance. Il dit que sa bouche était étirée fortement vers la gauche, l'orbiculaire droite fortement contractée, les mâchoires serrées de façon que pendant cinq jours, il ne put prendre des aliments par la bouche. Il entra à l'hôpital de Blois; dans la plaie s'établit une suppuration très longue et persistante; à plusieurs reprises des écailles osseuses furent extraites de sa blessure. La fermeture de l'œil droit dura deux mois; pendant ces temps il dut s'alimenter avec des substances liquides puisque la mastication lui provoquait beaucoup de douleur. Après un an et demi passé à l'hôpital de Blois, la blessure cicatrisa complètement; Bo... rentra dans sa famille et après quatre mois de convalescence, il reprit son métier. Sa santé était alors parfaite; il n'était resté du grave trauma aucun trouble fonctionnel, sinon que de temps à autre il avait des éblouissements de la vue accompagnés de vertiges très légers et de courte durée. C'est à cause de ces troubles qu'il jugea prudent d'abandonner son métier qui l'obligeait à travailler en haut pour entreprendre celui de scieur de pierres. Il entra donc dans une scierie, où il est resté dix-sept ans avec le même patron. A vingt-trois ans, Bo... se maria, il n'eut pas d'enfants. Sa femme est morte il y a deux ans à la suite d'une opération qu'on lui a pratiquée dans l'abdomen.

Il y a quatre ans, il fut victime d'un très grave traumatisme qui lui arriva dans les conditions suivantes. Tandis que deux de ses compagnons étaient en train de mouvoir une très lourde dalle pour la charger sur un chariot, par maladresse la dalle s'échappa de leurs mains. B... qui se trouvait en face d'elle se recula violemment pour en éviter le choc, et il frappa son épine dorsale à l'angle d'une muraille qui se trouvait derrière lui; en même temps la dalle lui tombait sur le ventre, en le frappant même légèrement à l'avant-bras gauche. B... resta ainsi pris au milieu et comme cloué entre l'angle de la muraille et la dalle qui lui appuyait sur le ventre, en essayant en vain de se dégager. Immédiatement après le choc, il ressentit une sensation d'engourdissement dans la région lombaire. Lorsque la dalle qui le maintenait prisonnier fut enlevée, il essaya de marcher, mais la douleur de la région lombaire devint tellement intense que B... perdit connaissance. Transporté à son domicile, les douleurs de la région lombaire continuèrent très vives; il fut soigné avec des ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire et glutées. Les douleurs ne se diffondirent jamais le long des membres : sur la paroi abdominale apparurent les signes d'une contu-

sion très diffuse, on lui appliqua de la glace. Il survint une constipation opiniâtre, avec des déjections très rares entremêlés avec du sang, de l'anorexie et une prostation générale très grave. Ces phénomènes s'amendèrent graduellement au bout de quelques jours; B... de temps à autre sortait de son lit et essayait de marcher, mais c'était à peine s'il pouvait faire quelques pas en s'aidant avec des bâtons, puisque la démarche lui était très pénible et exacerbait ses douleurs lombaires; en outre de cela, ses jambes, particulièrement la jambe gauche, étaient très faibles. Il s'aperçut encore que son bras gauche, et particulièrement la main, n'avaient plus la force d'autrefois, les mouvements des flexions des doigts avaient très peu d'énergie et les objets lui échappaient de la main avec une grande facilité. Dès cette époque commence le douloureux pèlerinage de B... dans les hôpitaux de Paris, entrecoupé de temps à autre de quelques essais infructueux de travail. La douleur lombaire se calma peu à peu; seulement, elle revenait de temps à autre par des accès mais sans être très intense; au contraire, la faiblesse du bras et de la jambe alla continuellement en augmentant, de telle façon qu'il ne put s'adonner à aucun genre de travail. Congédié par son ancien patron et ayant vainement cherché une occupation conforme à son état physique, la crainte de la misère s'empara de lui. Il y a six mois, l'hémiplégie gauche était complète; en outre, à cette époque il s'aperçut être complètement anesthésique du côté gauche.

Examen objectif. — B... est un homme de haute taille, avec la peau bronzée par le soleil, il est très bien musclé; dans l'ensemble il donne l'impression d'un homme très vigoureux. A la partie supérieure de son crâne, sur la droite, on note une exostose très étendue, sur laquelle pour une surface grosse comme un poing les cheveux sont complètement absents. Cette exostose commence à l'os pariétal, environ à 5 centimètres au-dessus de l'oreille et empiète au-devant sur l'os frontal en s'étalant de façon à prendre une forme triangulaire avec l'apex dirigé en arrière. Son plus grand diamètre longitudinal est de 12 centimètres, le diamètre transversal de 7 centimètres. La pression et la percussion au-dessus d'elle ne provoque pas de douleur.

La partie droite du crâne est un peu plus basse que la gauche; cette légère asymétrie se manifeste encore dans la face, dans laquelle on note les sourcils de gauche plus élevés que ceux de droite.

Attitude et démarche. — Dans la station debout, B... se présente avec son épaule gauche un peu plus élevée, le bras pendant le long du tronc, l'avant-bras en très légère flexion et supination, la main tombant, le doigt dans une semi-flexion à peine accentuée.

La partie supérieure de la colonne vertébrale présente une légère courbure à convexité droite. Bo... ne peut pas se tenir debout

avec les talons rapprochés que pour peu de secondes et avec beaucoup de peine; si on lui fait fermer les yeux, sa difficulté à se tenir en équilibre augmente au point qu'il ne peut conserver cette position pas même pour une seconde.

En marchant, B... incline légèrement le tronc vers sa droite; parfois il fauche avec sa jambe gauche à la façon des organiques, parfois il jette en dehors brusquement son membre en le laissant retomber presque aussitôt sur le sol avec les pieds à plat en rappelant avec cette façon de marcher un peu celle des steppeurs.

Force musculaire. — Elle est presque complètement abolie dans les deux membres de gauche. Le bras aussi bien que la jambe, aussitôt qu'ils sont soulevés, retombent lourdement comme une chose morte. La résistance que le malade peut opposer au mouvement passif qu'on imprime aux différents groupes musculaires de ses membres est presque nulle. Pour ce qui est des mouvements actifs, Bo... réussit avec beaucoup de peine à porter son bras au niveau de l'horizontale, et il ne peut le mettre dans cette position, pas même une seconde. L'avant-bras ne peut être fléchi au delà de l'angle droit; le mouvement d'extension et de flexion du poignet est à peine appréciable; ceux des doigts sont nuls.

Quant à son membre inférieur, il ne peut fléchir sa cuisse sur le bassin sans soutenir sa jambe avec la main droite et encore le mouvement est très peu accentué. La flexion de la jambe sur la cuisse est possible en la soutenant un peu. Les mouvements qui intéressent l'articulation du pied sont insignifiants.

Les mouvements de flexion du tronc sont très limités. En restant debout, Bo... ne peut pas se baisser pour recueillir un objet quelconque, ni il ne peut se remettre debout sans s'aider avec son bras sain.

Sensibilité. — La sensibilité thermique est abolie complètement sur tout le côté gauche. L'application du thermo-esthésiomètre, chauffé à 75 degrés, ne provoquait dans aucune partie ni douleur, ni chaleur. Sur la poitrine, la thermo-anesthésie surpasse un peu la ligne médiane.

La sensibilité dolorifique est encore complètement abolie. Cependant tandis que la moitié gauche de la face, dans le bras gauche et dans la partie supérieure du tronc jusqu'aux rebords costaux, les piqûres d'épingle ne provoquent aucune sensation, au-dessous de ces limites elles sont appréciées comme une sensation tactile. La sensibilité tactile est également abolie à gauche. L'anesthésie est profonde. L'on peut imprimer aux articulations des mouvements de torsion dans tous les sens sans provoquer de douleurs.

Le sens musculaire est complètement absent dans les deux membres gauches. En faisant fermer les yeux à B..., il réussit avec beaucoup de difficultés et de tâtonnements à trouver les diffé-

rentes parties de ses membres gauches situés dans les différentes positions.

Réflexes. — Conjonctival, très faible des deux côtés; le réflexe de la cornée est conservé. Le réflexe massétérin est absent des deux côtés. Le réflexe pharyngien fait absolument défaut. L'on peut introduire le doigt très profondément, chatouiller l'épiglotte et la muqueuse pharyngienne sans provoquer la moindre réaction musculaire.— Les réflexes olécranien et patellaire sont un peu exagérés et plus du côté gauche. Cependant la différence entre les deux côtés est à peine appréciable. Le réflexe du poignet est également un peu plus fort du côté paralysé. Le réflexe crémastérique est très vivace des deux côtés.— Les reflexes plantaire et abdominal à gauche manquent complètement.

Sens spécifiques. — L'odorat et le goût à gauche sont absents; l'ouïe très faible.

Appareil de la vision.—Les globes oculaires sont mobiles normalement dans toutes les directions. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas d'achromatopsie. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de diplopie monoculaire. Il existe une légère mégalopsie des deux côtés.

Examen viscéral. — Il est complètement négatif. Après un examen minutieux de l'appareil circulatoire, on ne trouve aucune anomalie, ni dans le cœur, ni dans les vaisseaux.

Marche de la maladie. — A partir du moment de son entrée dans la clinique, les conditions de santé de B... se sont progressivement améliorées. Le 6 juillet, l'anesthésie s'était déjà modifiée. L'analgésie occupait seulement le membre supérieur gauche, la moitié gauche de la face et du tronc, limitée en bas par une ligne correspondant au rebord costal. Entre cela et l'arcade crurale, la sensibilité était de beaucoup obnubile, mais pas abolie. Postérieurement de la moitié du pli poplité jusqu'au talon l'on trouve une raie de la largeur de 2 à 3 centimètres, dans laquelle la sensibilité est presque normale.

La sensibilité thermique présentait à peu près la même distribution. Son abolition était absolue seulement dans une zone comprise inférieurement entre le rebord costal et supérieurement entre une ligne à convexité supérieure, partant postérieurement de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale, remontant en haut vers la moitié de la fosse sus-épineuse pour descendre après antérieurement jusqu'à la moitié du sternum. En dehors de cette zone, la sensibilité thermique est seulement affaiblie.

Le 8 juillet, la sensibilité tactile est revenue dans tout le membre inférieur, dans la moitié inférieure du tronc au-dessous d'une ligne correspondant à peu près au rebord costal. Dans la région susclaviculaire, dans une zone de forme triangulaire ayant pour base

la clavicule, les impressions tactiles et dolorifiques sont perçues normalement.

L'amélioration de la sensibilité a été continue et progressive. Au commencement d'août, la sensibilité était revenue dans tous les membres inférieurs et dans la moitié inférieure du tronc jusqu'à quelques doigts transversalement au-dessus du rebord costal, dans la face, dans des zones de la surface d'une pièce de cinq francs situées l'une dans la région frontale, au-dessus des sourcils, l'autre sur la joue. A l'examen objectif pratiqué le 16 août, l'on trouve que dans toutes ces régions, les impressions dolorifiques sont très bien perçues. Le contact d'un morceau de papier, promené très légèrement sur la surface cutanée, est perçu immédiatement et B... indique avec rapidité et précision le point où il a été touché.

Il en est de même pour les impressions thermiques. B... distingue très bien la différence de température qu'il y a entre la partie métallique du marteau à percussion et sa partie en bois.

Le sens musculaire, tant dans le membre inférieur que dans le supérieur est complètement revenu. Les différentes positions imprimées aux membres sont jugées par B... avec une très grande précision et rapidité.

Motilité. — La force musculaire s'est améliorée dans les deux membres. L'on peut dire que dans le membre inférieur, elle est presque normale. Tous les mouvements qui intéressent les différentes articulations du membre s'accomplissent avec une énergie qui diffère très peu de celle déployée par le membre sain.

L'amélioration n'est pas très remarquable dans le membre supérieur gauche; cependant elle existe pour tous ses groupes musculaires. B... peut placer la main sur la tête; il peut fléchir complètement l'avant-bras sur le bras, étendre et fléchir complètement le poignet, avec les deux des doigts il réussit à se toucher la paume de la main. Dans toutes ces positions, B... peut opposer une certaine résistance aux mouvements qu'on lui imprime dans une direction opposée.

Réflexes. — Les réflexes abdominal et plantaires se rétablirent après l'apparition de la sensibilité tactile. Les réflexes pharyngiens conjonctivaux sont encore absents. Jamais on n'a observé le clonus du pied. Les réflexes tendineux ont toujours été plus forts du côté gauche; cependant la différence a toujours été peu remarquable, quelquefois à peine sensible.

Le 9 août, se produisit un épisode dans la maladie de B..., sur lequel nous reviendrons dans la discussion du diagnostic en nous contentant pour le moment de l'indiquer sommairement. A la suite d'un effort musculaire, vingt-quatre heures après, B... eut de violentes douleurs à la partie inférieure de la région lombaire; ces

douleurs étaient continues, mais s'exacerbaient de temps à autre en forme de crises; après une de ces crises, une paralysie du membre droit, jusqu'alors sain se produisit; cette paralysie était complètement flasque et se révélait seulement pendant la démarche qui avait le type de la démarche décrite par Tood; au contraire le membre, en examinant ses différents groupes musculaires, dans la partion assise décelait une force complètement normale. Contemporairement, le membre inférieur gauche acheva brusquement sa guérison; de ce côté il n'était plus possible de découvrir aucune anomalie pendant que B... marchait.

Diagnostic. — Un rapide coup d'œil jeté à Bo..., lorsque pour la première fois, il se présenta à la visite, nous donna l'impression que son hémiplégie était de nature organique. La large exostose qui apparaissait sur son crâne, l'hémiplégie du côté opposé prédominant dans le membre supérieur avec exagération des réflexes, l'attitude du bras, la déviation de la colonne vertébrale, la démarche hélicopoïde étaient des phénomènes à justifier un tel diagnostic. Cependant un examen plus soigné de l'anamnèse et des symptômes nous fit bientôt convaincre qu'une bonne partie au moins de ces phénomènes était due à l'hystérie. Le cours de la maladie a démontré combien notre conviction était légitime; nous croyons pourtant très utile de discuter sur quels signes elle était basée.

En première ligne, il manquait une étiologie satisfaisante pour nous expliquer l'origine organique de l'hémiplégie. Celle-ci s'était développée chez un individu très vigoureux, exempt de syphilis, avec des artères saines, absent de tout symptôme de tumeur cérébrale; de plus, le développement de l'hémiplégie avait été très lent; elle avait employé quatre ans à se compléter. D'un autre côté, une relation entre l'hémiplégie et le traumatisme dont Bo... avait été victime vingt ans auparavant ne nous paraissait pas admissible pour les raisons suivantes. Le traumatisme pouvait avoir agi de deux façons : 1° ou par une dépression des os du crâne ; 2° ou par une irritation lente provoquée par quelques écailles osseuses sur la méninge subjacente. Dans le premier cas, l'hémiplégie aurait été l'effet de la compression exercée par les os sur les zones excito-motrices et elle aurait dû être immédiate. Cette hypothèse n'est pas admissible; elle est en désaccord avec l'anamnèse. Aucun fait paralytique n'a suivi immédiatement le traumatisme. La bouche, nous affirme Bo..., était tirée vers la gauche; il y avait donc probablement une paralysie du facial

droit, évidemment d'origine périphérique, à cause de sa situation du même côté de la lésion cranienne. Du reste, Bo... jouit du parfait fonctionnement de ses membres jusqu'à ce que le deuxième accident survint. Mais l'on pourrait supposer que Bo... voulut cacher la vérité, en ayant intérêt à démontrer que tous ces malheurs actuels lui étaient survenus pendant l'exercice de son métier. Eh bien, nous avons des arguments péremptoires, qui nous démontrent qu'il dit la vérité, à savoir : 1° l'absence absolue de toute atrophie dans les membres paralysés; 2° l'état dans lequel se trouve la peau de sa main gauche; elle est calleuse presque autant que l'autre, ce qui nous démontre que Bo... s'en est servi jusqu'à une époque relativement récente.

Dans la deuxième hypothèse, il faudrait admettre que la pachyméningite est restée latente pendant vingt ans, qu'à l'époque du deuxième accident elle a suivi une poussée nouvelle. Celle-ci aurait été provoquée par une hémorrhagie intra-arachnoïdienne, occasionnée par les efforts faits par Bo... pour se délivrer de la dalle qui lui été tombée sur le ventre; le sang extravasé aurait irrité les méninges, en provoquant des exsudations, des néoformations pseudo-membraneuses; et de cette façon, une compression des centres moteurs. Mais bien que la pachyméningite puisse demeurer longtemps silencieuse, un silence de vingt ans, comme dans notre cas, nous paraît à vrai dire un peu trop prolongé. Puis, l'hémiplégie n'a pas eu l'évolution que l'on observe dans les paralysies symptomatiques de la pachyméningite ; tous les autres symptômes de celle-ci sont absents [1].

Comme conclusion, nous n'avions pas de raison pour nous expliquer l'origine organique de l'hémiplégie; tandis que dans le deuxième traumatisme souffert par Bo..., nous en avions une très bonne pour nous en expliquer l'origine psychique. Mais il y avait en faveur de l'hypothèse d'hystérie d'autres arguments basés sur l'examen objectif :

1° L'hémianesthésie totale du côté gauche, avec perte absolue du sens musculaire, lequel dans l'hémianesthésie d'origine capsulaire est ordinairement conservé ;

2° L'anesthésie bilatérale des conjonctives et la perte bilatérale du goût et de l'odorat;

[1] V. Charcot. — *Œuvres complètes*, t. IX, p. 134.

3° L'absence de paralysie du facial [1] ;

4° Le caractère contradictoire de l'hémiplégie. En effet, tandis que les réflexes olécranien et patellaire étaient exagérés, le membre soulevé retombait lourdement comme une masse inerte. Nous avions donc une paralysie qui tenait contemporainement de la paralysie flasque et de la spasmodique; or, ce fait se concilie très mal avec l'hypothèse d'une lésion organique datant de quatre ans.

L'attitude du bras était bien telle qu'on l'observe dans les hémiplégies organiques, mais ici il faut noter que l'épaule du côté paralysé était plus haute que l'autre, tandis que dans l'hémiplégie organique l'on observe le contraire. L'élévation de l'épaule, la légère adduction du bras, la flexion et la supination de l'avant-bras pourraient être expliquées, comme une attitude prise par B... au moment du deuxième accident et conservée après inconsciemment. En effet, cette position représente une ébauche de mouvement de défense, que Bo... doit avoir fait avec beaucoup de vraisemblance lorsque la pierre était en train de lui tomber sur le ventre [2];

5° La déformation de la colonne vertébrale peut bien être imputée à l'hystérie. En effet, elle est très limitée, elle occupe la sommité de la colonne dorsale. Elle peut être expliquée elle aussi avec des attitudes inconscientes prises par notre malade à la suite de rachialgies dont il souffre depuis quatre ans. La présence de ces déviations dans les rachialgies hystériques a été observée plusieurs fois [3] ;

6° Pour ce qui est de l'exagération des réflexes, bien que rare-

[1] Il ne faut pas considérer ceci comme un argument absolu. Non seulement la paralysie faciale peut être absente dans les lésions capsulaires, mais la paralysie peut respecter le membre inférieur correspondant en se bornant au seul membre supérieur.

V. Jouffroy. — *Monoplégie brachiale par lésion de la capsule interne.* (*Progr. méd.*, 5 déc. 1885.)

[2] Un exemple classique des attitudes inconscientes prises par les malades nous est offert par la sciatique. Il est connu que dans cette maladie l'on observe des déviations de la colonne vertébrale dues à des attitudes prises par des malades pour éviter la douleur. Ce qui est curieux, c'est que ces attitudes persistent parfois même longtemps après que la douleur a disparu.

[3] V. H. Duret. *Déformation de la région lombaire de nature névromusculaire (cyphoscoliose hystérique). Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1888, p. 191. — Richer. *Note sur l'anatomie morphologique de la région lombaire.* (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1888.) — Tolken. *Beabachtungen über hysterischen contracturen.*

ment elle peut être observée dans l'hystérie dans les membres paralysés [1];

7° La démarche hélicopoïde peut s'observer dans l'hémiplégie hystérique lorsque les membres sont contracturés ou dans l'état d'opportunité de contracture (Charcot). Du reste, dans notre cas, Bo... alternait cette manière de marcher avec une autre tellement bizarre, que l'interprétation en était très difficile, en admettant une lésion organique.

Comme conclusion, l'absence d'une étiologie satisfaisante, 'hémianesthésie sensitive complète, l'anesthésie des deux conjonctives, la perte bilatérale de l'odorat et du goût, la bizarrerie de la démarche, celle non moins curieuse de l'hémiplégie, participant à la fois du caractère de la paralysie flasque et spasmodique, le développement enfin de l'hémiplégie à la suite d'un traumatisme dont l'action directe sur les membres ne pouvait donner raison de leur paralysie, constituaient un ensemble d'arguments très solides pour nous donner la persuasion, que seulement l'hystérie était la cause de tous ces phénomènes.

La marche de la maladie a de tous points confirmé notre idée à présent, nous avons les arguments suivants pour affirmer le diagnostic :

1° L'hémianesthésie est toujours allée plus se bornant vers le moignon de l'épaule, assumant la forme caractéristique en manchon. Le sens musculaire est réapparu dans les deux membres.

2° Le membre inférieur gauche a réacquis la force musculaire et la mobilité normale; en outre il se comporte d'une manière tout à fait physiologique pendant la démarche. L'amélioration a commencé aussitôt après l'entrée de B... à l'hôpital. La guérison s'est ensuite achevée brusquement, après une attaque de rachialgie. Pour ce qui est du membre supérieur, son amélioration est plus lente, mais non moins réelle et progressive. Sa paralysie s'accompagne avec une anesthésie qui a le caractère classique de l'anesthésie hystérique. Son début et son amélioration se sont montrés contemporainement avec le début et l'amélioration de la paralysie dans le membre inférieur; donc il n'y a pas de raison pour considérer la monoplégie brachiale comme de nature différente.

3° Les crises de rachialgie et la paralysie de la jambe droite, survenue brusquement à la suite d'une de ces crises, sont des

[1] V. Charcot. — *Leçons sur le spasme glosso-labié.* (*Sem. médic.*, 1887.)

phénomènes très nettement hystériques; de plus, la façon dont ils se sont établis nous révèle l'état mental de B..., et comme cet état mental est très intéressant à connaître pour nous expliquer l'étiologie de la maladie, nous croyons devoir insister sur ce point.

Le 9 août, B... soulève de terre un malade et il le couche sur le lit; cet effort musculaire ne donne lieu pour le moment à aucun phénomène douloureux. Mais B..., qui se croit faible et malade à l'épine dorsale, y réfléchit tout le jour, songeant aux conséquences possibles. La nuit, il rêve de son ancien métier de scieur, la mémoire du traumatisme souffert se mêle confusément au rêve. Le matin suivant, il se lève en bonne santé, toujours préoccupé par l'imprudence qu'il croyait avoir commise le jour avant; finalement, l'idée suggestive qui domine l'état psychique de B... se traduit tout à coup avec un violent accès de rachialgie. Celle-ci a tout le caractère d'une rachialgie hystérique. En effet, elle siège le long des apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires, qui sont douloureuses à la pression, tandis que celle-ci ne provoque pas de douleur sur la masse musculaire sacro-lombaire, ni à côté de la colonne vertébrale, en correspondance de l'émergence des nerfs. Le mouvement de la colonne vertébrale, la station debout n'augmentent pas la douleur qui, au contraire, s'accroît dans la position horizontale. Avec ces caractères, la douleur ne saurait être attribuée ni aux lésions des nerfs ni des muscles, ni des os et encore moins de la moelle. Il s'agit donc d'une douleur d'origine psychique, laquelle s'exacerbe à forme de crises. B... est très agité, il gémit continuellement. La douleur devient pour lui occasion de renfort de l'idée suggestive; elle lui rappelle celle qu'il avait souffert quatre ans auparavant, dans les premiers mois, après le traumatisme; « c'est précisément comme alors », il se reproche l'effort fait, « il ne sait ce que cela lui a produit dans l'épine, certainement la paralysie se présentera... » etc., etc.

Quelques jours après, l'auto-suggestion a achevé son œuvre; elle se révèle avec une paralysie de la jambe droite sur la nature de laquelle il n'y a pas à se tromper. Le malade traîne sa jambe d'arrière en avant, de la façon la plus caractéristique. Contemporainement, le membre inférieur gauche retrouve brusquement toute sa force et sa motilité physiologique. Cet épisode nous fait connaître avec une précision pour ainsi dire

mathématique l'état mental de B...; en outre des stigmates physiques, nous pouvons dès maintenant affirmer qu'il possède encore l'auto-suggestionnabilité, stigmate aussi précieux pour le diagnostic que pour la physiologie pathologique de l'hys-

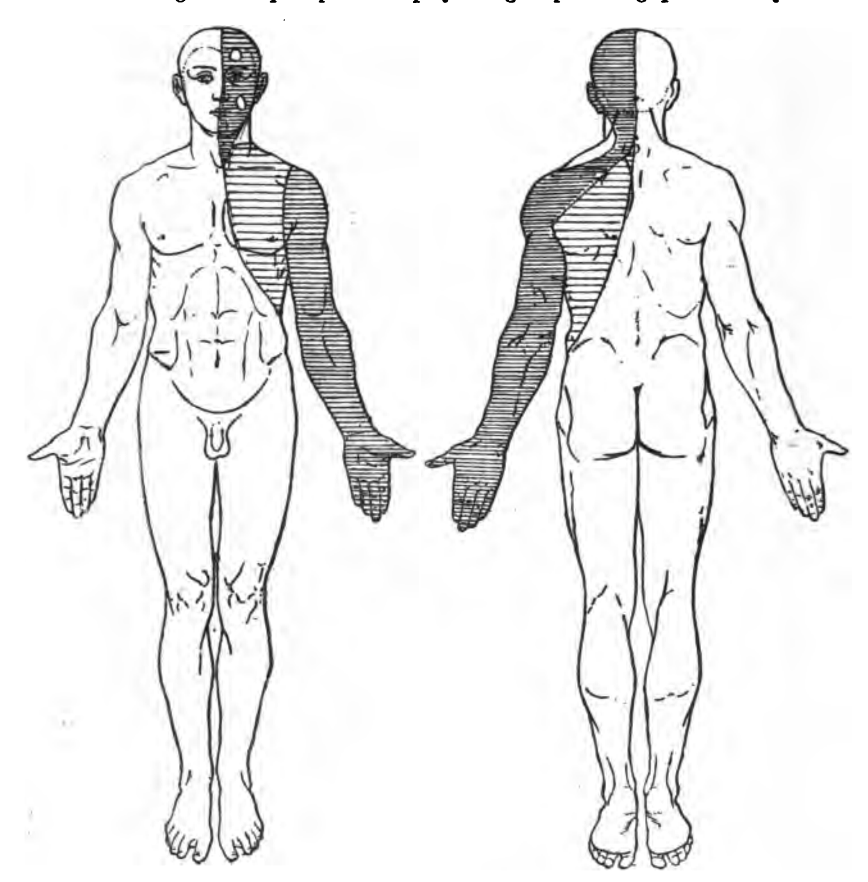


Fig. 14. — Examen du 16 août 1892.

térie. Elle nous explique la relation qui existe entre le trauma souffert par B... quatre ans auparavant et son hémiplégie consécutive. En d'autres termes, en connaissant à présent l'état mental de B..., nous avons une puissante raison en plus pour qualifier sa paralysie avec plus de précision par une paralysie

hystéro-traumatique. Il y a lieu ici de faire quelques remarques au sujet de la névrose traumatique. L'on sait que ce syndrome est admis par quelques auteurs allemands comme une espèce autonome et différente de l'hystérie, tandis que l'Ecole de la Salpêtrière en fait une variété de la névrose hystérique, associée parfois à la neurasthénie. Nous ne voulons pas aborder ici l'étude de ce sujet si difficile. Nous ferons remarquer seulement comment cette observation vient à l'appui de la doctrine de la Salpêtrière. En effet, notre malade, pendant une longue période de sa maladie, aurait représenté un type parfait de névrose traumatique pour les défenseurs de l'autonomie de cette forme morbide. Il s'agissait d'un homme très vigoureux, sans antécédents nerveux, avec des stigmates hystériques très imparfaits; pas de troubles de l'appareil de la vision, pas de zones hystérogènes, pas de sensation de boule, pas d'attaques. Et cependant, nous avons vu comment, à un moment donné, la névrose hystérique s'est décelée en lui avec une de ses manifestations les plus typiques; à savoir avec un état mental très caractéristique, qui a donné origine à une paralysie hystérique non moins typique. Et l'apparition de celle-ci a donné occasion à la disparition brusque de l'autre qui avait été contractée par le fait du traumatisme. Or, qui pourrait nier que ces deux paralysies et les états morbides qui leur ont donné origine sont de la même nature?

En continuant l'analyse de notre cas, il nous reste à expliquer pourquoi la paralysie prit la forme hémiplégique. En premier lieu, nous devons rappeler que, à l'occasion du traumatisme, la dalle heurta le bras gauche de B... en y produisant une légère contusion. Or, mon éminent maître a démontré comment la paralysie hystérique se manifeste avec facilité dans les parties frappées par le trauma, par un mécanisme uniquement psychique, qui a son origine fondamentale dans l'autosuggestionnabilité de ces malades. Cette théorie nous explique pourquoi, à des traumatismes très légers, succèdent des paralysies très graves. L'intensité du traumatisme n'a pas d'importance; c'est l'impression qu'il produit sur l'état psychique du malade qui détermine l'apparition et l'intensité des phénomènes paralytiques. A ce propos, est resté classique l'exemple de la femme qui présenta une paralysie des extenseurs de la main après avoir donné une gifle à l'un de ses enfants [1]. Dans

[1] V. Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1887-1888, p. 111.

notre cas, cette doctrine nous explique encore pourquoi la paralysie prédomine dans le bras.

Pour ce qui est de la paralysie de la jambe, nous devons nous rappeler comment B... se trouva pris entre la dalle qui lui comprimait le ventre et l'angle de la muraille sur laquelle il avait heurté avec l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale; ainsi il ressentit des douleurs très violentes pendant plusieurs mois, si bien que l'idée d'être malade à l'épine ne l'a plus abandonné. Or, c'est une cognition vulgaire que dans les lésions de l'épine dorsale, les jambes se paralysent; c'est donc à son auto-suggestionnabilité que B... doit sa paralysie crurale. Du reste, l'épisode sur lequel nous avons insisté rend cette explication très probable.

Pourquoi la paralysie frappa la jambe gauche? Pour ce fait, l'explication suivante nous semble très raisonnable : Pendant les dix-huit mois que B... avait dû passer à l'hôpital à la suite de son premier traumatisme, il est presque certain que les médecins ont dû examiner avec beaucoup de fréquence l'état de la motilité dans ses membres gauches, afin de se persuader que la grave lésion cranienne n'avait pas produit de dommages sur l'écorce cérébrale subjacente. Ces examens répétés peuvent bien avoir cultivé dans le cerveau de B... l'idée d'une hémiplégie gauche. Cette idée aurait trouvé, dans le deuxième traumatisme souffert, occasion favorable pour achever de dominer complètement l'état mental de B...

Quoi qu'il en soit, nous croyons avoir bien démontré qu'il s'agit ici d'une paralysie hystéro-traumatique. Ce cas nous démontre que de prudence est nécessaire dans le diagnostic des maladies nerveuses, même lorsque, par l'apparence et par l'attitude du malade, l'on pourrait se croire autorisé à l'établir au premier coup d'œil.

Arrivés à la fin de notre travail, qu'il nous soit permis d'exprimer une conclusion qui nous paraît s'en écouler tout logiquement. C'est que dans le diagnostic entre l'hystérie et les maladies organiques, il ne faut pas se contenter d'envisager les symptômes et rien autre chose que les symptômes, mais il faut les interpréter, en étudiant leur rapport avec l'état mental des malades. Seulement, à cette condition, le diagnostic sera complet et fécond en résultats utiles pour la thérapie.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

RECHERCHES SUR LA TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES;

Par M. Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière,
et M. A. PERON, interne des hôpitaux[1].

III. — ÉPILEPTIQUES DANS UN ÉTAT PLUS OU MOINS NORMAL.

18 *mai* 1892. — Vilm... Poids : 50 kil., 5, âgée de dix-huit ans. — Période de calme.

Urines intercalaires. — Pour ses accès voir le relevé.

L'accès du 19 mai a eu lieu vingt-quatre heures après la fin de la récolte de l'urine.

Depuis plusieurs années, Vilm..., autrefois intelligente, bonne élève, travaillant bien à l'école, sachant lire, écrivant et calculant passablement, était tombée progressivement dans un état proche de la démence en dépit du traitement. Il ne se passait guère de jour où elle n'eût d'attaques. Presque toujours assise sur un fauteuil, inconsciente, abrutie, on n'en pouvait plus tirer que quelques mots sans suite. Le pronostic le plus grave était porté. Cependant, spontanément, depuis le mois de janvier dernier, un changement considérable s'est fait dans son état. Ses attaques journalières sont devenues des attaques en série; en même temps l'intelligence commença à se réveiller. Vilm..., aujourd'hui, joue, court toute la journée, elle peut d'elle-même fournir quelques renseignements, l'expression de la physionomie est animée : l'état général est meilleur.

Nous avons voulu rechercher quelle pouvait être la *toxicité* actuelle des urines de cette malade.

Totalité des vingt-quatre heures : 2 lit. 500.

Lapin de 2 kil. 350. — Urines acides filtrées. — Rien à noter au début. Pas de myosis. Il n'y a pas eu d'ailleurs de myosis pendant toute la durée de l'injection. — L'animal est calme.

Premier arrêt de quelques minutes dans l'injection à 180 c. c., parce que l'urine filtrée manque; deuxième arrêt à 260 pour la

[1] Voir le n° 71, p. 178.

même raison. — L'injection a donc été faite très lentement en une heure cinq minutes environ.

Vers 200 c. c., la respiration devient bruyante, haletante. L'exophtalmie commence à apparaître vers 240; à 305 brusquement dilatation énorme de la pupille, exophtalmie énorme, cris, convulsions toniques du type ordinaire répétées. Mort.

Autopsie. — Congestion pulmonaire intense, surtout à la base droite sans infarctus. Congestion rénale et hépatique. Légère congestion de l'encéphale.— Coefficient urotoxique : 0,40.

Relevé des accès de Vilm...

21 avril.		Un accès de nuit.
27	—	Un accès incomplet de jour.
1er mai.		Un accès de nuit.
2	—	Un accès incomplet de jour.
5	—	Un accès de nuit.
6	—	Un accès incomplet de jour.
9	—	Un grand accès de jour.
—	—	Un accès de nuit.
13	—	Un accès de nuit
19	—	Un grand accès de jour.

Mois de septembre (comparaison) 4 grammes de bromure en septembre et en avril.

3 septembre.		Un grand accès de jour.
4	—	Un grand accès de nuit.
5	—	— —
7	—	Un accès incomplet de jour.
8	—	Cinq accès incomplets de nuit.
9	—	Trois accès incomplets de jour.
10	—	— —
11	—	Un accès incomplet de jour,
12	—	Deux accès incomplets de jour.
13	—	Un accès incomplet de jour.
14	—	Deux accès incomplets de jour
—	—	Un accès incomplet de nuit.
15	—	Un grand accès de jour.
—	—	Un accès incomplet de jour.
16	—	Un grand accès de nuit.
18	—	Un accès incomplet de jour.
—	—	Un accès incomplet de nuit.
19	—	Un accès incomplet de jour.
—	—	Un grand accès de nuit.
22	—	Un accès incomplet de jour.
23	—	Un accès incomplet de jour.

24 septembre.		Deux accès incomplets de jour.
—	—	Deux accès incomplets de nuit.
25	—	Trois grands accès de nuit.
26	—	Deux accès incomplets de jour.
—	—	Deux grands accès de nuit.
27	—	Un grand accès de nuit.
—	—	Un accès incomplet de nuit.
29	—	Un accès incomplet de nuit.
30	—	Un grand accès de jour.
—	—	Un accès incomplet de nuit.

18 *mai.* — Mme Barthel..., 64 kil.; femme déjà âgée, quarante-cinq ans, très affaiblie intellectuellement.

Urines dans période d'agitation précédant un accès convulsif. — Période de calme au point de vue des manifestations convulsives; mais agitation marquée du 16 au 20 mai. Barthel... a été plus excitée que d'ordinaire; elle était excitée, prenait tout en mauvaise part, cherchait querelle aux filles de service. « Elle n'était pas bien, » dit la surveillante, et présentait de l'état saburral.

Urines recueillies acides, non naphtolées, filtrées, du 17 mai, 6 heures du matin au 18 mai, 6 heures du matin, quantité : 250 gr.

Lapin de 2 kil. 650. — Mort à 270 c. c. injectés en quarante minutes environ. — Le myosis qui commence vers 40 c. c. est très accentué vers 110; — accélération légère de la respiration dès 80; — plusieurs mictions; — vers 180, l'exophtalmie apparaît et va progressivement en s'accentuant; — vers 250, dilatation légère des pupilles, respiration bruyante; — mort à 270 avec phénomènes convulsifs peu marqués.

Autopsie. — Congestion rénale et pulmonaire sans infarctus. Congestion encéphalique. — Coefficient urotoxique : 0,193.

Relevé des accès de Bartel...

Le 23 avril un accès de jour. — Pas d'accès du 20 au 22 mai, mais agitation marquée. — Le 22 mai, deux accès de jour. Règles.

En somme, l'injection a été faite dans une période d'agitation et de trouble mental précédant un accès convulsif. — Le 10 mai une attaque, du 16 au 20 mai, excitation maniaque. — Les 22, 24 et 29 mai, deux attaques.

Conclusions. — En étudiant avec soin ces dernières expériences sur les lapins et en les comparant avec nos recherches sur les cobayes, on voit que les résultats ne sont pas contradictoires et que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il y a *avant la série*, un abaissement considérable de la toxicité urinaire. Il y a hypotoxicité;

2° *Pendant la série*, cet abaissement persiste moins marqué que dans la période pro-paroxystique. La courbe tend déjà à se relever (voir la courbe de Hug...);

3° *Après la série*, la toxicité urinaire se relève, dépasse la normale si la série est finie. Si la série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparaissent (cas de Broch). Cette hypotoxicité est un élément de diagnostic pour affirmer que la série n'est pas finie et que certains cas quotidiens qui étaient considérés comme étant des cas isolés, doivent être considérés comme faisant partie d'une série durant plusieurs jours. Cette hypotoxicité persiste aussi quand après les accès convulsifs se développent le délire ou l'excitation maniaque.

4° Certains malades, en particulier, les malades gravement atteints dans leur état mental paraissent avoir une hypotoxicité constante (voir tableau de Hug...), mais néanmoins, la toxicité la plus faible répond aux périodes præ-convulsives, la plus forte aux périodes post-convulsives.

5° La toxicité urinaire en dehors des paroxysmes est-elle normale ? Nous inclinons à le croire avec MM. Deny et Choupe (cas de Vilm...), au moins chez des épileptiques femmes. Cependant il semble bien qu'il y ait des épileptiques, et ce ne sont pas les moins atteintes au point de vue mental, dont l'état normal est l'hypotoxicité.

6° Le trouble mental des épileptiques paraît toujours s'accompagner d'hypotoxicité.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, PATHOGÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Nous venons de voir que l'état des urines est différent avant, pendant et après les accès.—Cet état de la sécrétion urinaire au moment des paroxysmes s'accompagne aussi toujours de symptômes psychiques ou physiques particuliers que tous les auteurs ont signalé. Nous ne les passerons pas tous en revue, mais nous attirerons seulement l'attention sur l'état des voies digestives. Tous les malades ont la langue pâteuse, saburrale et un manque absolu d'appétit. Les malades sentent qu'ils vont avoir leur accès, et pour eux, cet état gastrique est un indice certain de l'imminence de leur accès. Ils viennent trouver le médecin et lui réclamer une purgation. Cet état gastrique a déjà été signalé par plusieurs auteurs et entre autres par M. Charpen-

tier et pour notre compte, nous l'avons toujours constaté et nous avons annoncé plusieurs fois à l'avance des accès en constatant cet état. Cet état saburral accompagnant l'hypotoxicité des urines s'accuse de plus en plus pendant une série et s'accentue avec l'intensité de cette série pour disparaître ensuite dans les espaces intercalaires. Ces deux phénomènes sont donc concomitants et paraissent être sous la même dépendance. Cette corrélation entre l'hypotoxicité des urines et ces troubles gastriques est donc très importante; elle nous a permis souvent de prédire un accès. De même cette hypotoxicité d'urine nous a permis de prédire un nouvel accès convulsif chez une malade qui était considérée jusqu'à ce jour comme présentant des accès isolés. La connaissance de ces faits est aussi très utile, car elle permet au médecin de prendre des précautions en vue d'un trouble mental possible consécutif à un accès. Un malade qui a un accès isolé et qui tout de suite a de l'hypertoxicité urinaire peut être considéré comme guéri et indemne d'un retour offensif assez rapproché. Sa décharge nerveuse, ou plutôt son élimination toxique ayant eu lieu, il sera libre pendant assez longtemps, jusqu'au jour où sa toxicité urinaire redeviendra au-dessous de la normale.

Les expériences que nous avons faites pendant la période du délire nous montrent aussi qu'un malade sujet au délire doit être surveillé aussitôt que ses urines ne présentent plus la toxicité normale.

A quoi attribuer ces phénomènes précurseurs et concomitants de l'accès convulsif ou du trouble de l'état mental? En tenant compte de l'état urinaire, on doit penser que tous ces troubles doivent être dus à l'intoxication du sang par rétention de produits toxiques ou par défaut d'élimination de ces produits. En effet, avant l'accès et pendant la période paroxystique, les urines sont hypotoxiques, ce qui indique que l'élimination des toxines est entravée et qu'il y a surchage de toxines dans le sang. Ces toxines retenues dans l'économie excitent le système nerveux de différentes manières suivant les individus, d'où toutes les variétés de manifestations épileptiques chez les sujets. Il doit se passer là ce qui se passe chez les éclamptiques. M. Chambrelent[1] a montré que chez les éclamptiques, le serum du sang est plus toxique pendant les attaques et que les urines

[1] Février 1892. — Société de Biologie.

dans ces moments-là sont hypotoxiques. Nous n'avons pas fait d'expériences avec le serum du sang des épileptiques mais nous pouvons avec les données que nous avons sur leurs urines, données tout à fait identiques à celles que M. Chambrelent a trouvé chez les éclamptiques, conclure à la toxicité du sang pendant les paroxysmes.

Cette toxicité du sang explique les troubles mentaux et physiques que présentent les malades au début de la période préparoxystique et l'accumulation de ces toxines explique la période paroxystique avec son hypotoxicité urinaire et son état gastrique. A la fin de cette période paroxystique, on signale de la polyurie, de la sudation, quelquefois de la diarrhée et enfin une exagération de la toxicité urinaire avec diminution de l'état gastrique. C'est ce qui constitue la fin de la crise.

Ces phénomènes sécrétoires sont le résultat de l'élimination des toxines accumulées dans le sang. Cette élimination est plus ou moins prompte et la guérison est plus ou moins rapide. Si l'albuminurie complique la sécrétion urinaire comme dans l'état de mal, cette élimination des toxines est plus longue et le danger plus grand. La température monte démesurément comme dans les maladies infectieuses et la mort peut survenir dans un laps de temps plus ou moins court.

L'état du rein dans ces cas, joue un rôle capital. S'il est primitivement malade, la mort est presque certaine. Si sa fonction urinaire a été très troublée pendant l'état de mal et si ce trouble fonctionnel persiste longtemps, la convalescence est très longue parce que l'élimination digestive s'effectue mal. On doit hâter dans les cas graves cette élimination des produits toxiques par des purgatifs énergiques, des drastiques, par des lavements purgatifs et même dans certains cas par la saignée, comme nous l'avons fait avec succès dans un cas de mal épileptique où la température avait atteint 41°,2. L'antisepsie intestinale doit être recommandée aussi, et les heureux effets que M. Féré a constaté avec la médication naphtholée et bromurée doivent être mis sur le compte de la facile élimination des toxines par ce procédé ou sur la neutralisation des toxines du tube digestif par ce médicament.

Nos expériences viennent donc corroborer les opinions émises par MM. Lepine, Mairet et Lemoine sur les troubles de nutrition dans les maladies nerveuses. M. Lemoine, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1889, comparait la crise épileptique à

la crise qui marque le déclin des maladies infectieuses; mais il n'avait pas d'expériences à son actif qui pussent lui donner raison. Les faits que nous ont révélé nos expériences viennent apporter une preuve à sa conception théorique. Nous avons, avant et pendant l'accès, hypotoxicité des urines, c'est-à-dire intoxication du sang, et après l'accès, hypertoxicité des urines, c'est-à-dire élimination des toxines du sang. Nous avons vu que cette élimination ne s'effectue pas dans l'état de mal, qu'elle est retardée par l'albuminurie passagère du malade et qu'elle s'effectue aussitôt que l'albuminurie disparaît. Aussi, doit-on tenir grand compte de cette albuminurie chez les individus en état de mal. Dans certains cas, elle peut être une cause de difficulté de diagnostic et sa disparition est d'un pronostic favorable.

Cette conception de l'accès épileptique appuyée sur l'auto-intoxication est encore rendue acceptable par l'examen des accidents provoqués chez les animaux par nos expériences. Nous remarquons chez eux des symptômes convulsifs semblables à ceux que l'on remarque chez nos malades. Enfin, en se rappelant les phénomènes convulsifs dus à l'alcool, à l'absinthe et au plomb, et en comparant ces phénomènes toxiques à ceux dus à l'épilepsie essentielle, on arrive à cette conclusion qu'il est impossible de différencier le syndrome convulsif dans ces cas qu'en s'appuyant sur les commémoratifs. En dernier lieu, en comparant les expériences de Chambrelent, qui ont rapport aux urines et au sang des éclamptiques, c'est-à-dire à ces malades que certains auteurs considèrent comme atteints d'épilepsie aiguë, on ne peut que reconnaître le bien fondé de la conception de cette hypothèse. Dans ce cas particulier, comme dans l'urémie, il y a lésion primitive du rein et empoisonnement consécutif. Dans l'épilepsie, la lésion rénale n'existe pas, il y a seulement lésion de la fonction sécrétoire qui est sous la dépendance du système nerveux. Cette lésion de fonction agit à un moment donné comme une lésion primitive du rein et les symptômes convulsifs s'identifient presque avec les premiers.

D'ailleurs, quelle lésion peut expliquer le mal comitial ? Des localisations cérébrales ne peuvent expliquer des symptômes qui nécessitent l'intervention de tous les appareils nerveux connus (circonvolutions, bulbe, protubérance, etc.). Les lésions ou nulles ou énormes trouvées à l'autopsie des épilep-

tiques sont d'ailleurs là pour protester contre une lésion *unique* déterminante. Aussi, nous pensons que l'auto-intoxication est l'élément principal de l'*accès paroxystique;* mais, cette auto-intoxication est favorisée par un système nerveux défectueux congénital ou acquis, agissant sur les fonctions sécrétoires, ou sur toute la nutrition en général. Cette prédisposition du système nerveux à contracter ces troubles nutritifs est due à l'hérédité qui transmet aussi bien les lésions que les troubles et les aptitudes aux fonctions des organes.

Quoi qu'il en soit, cette manière d'envisager les paroxysmes nous permet d'expliquer beaucoup de phénomènes dont nous sommes témoins. C'est ainsi qu'elle nous donne l'explication des séries et de l'état de mal. L'élimination ne s'effectuant pas, le malade reste en puissance d'accès. Elle nous donne aussi l'explication des accès survenant inopinément à la suite d'écarts de régime; elle nous donne aussi la clef des accès épileptiques des gros mangeurs. D'un autre côté, elle nous permet de nous rendre compte des bons effets de la vie à la campagne, des exercice au grand air; d'un régime sobre et de l'usage des diurétiques (eau et lait) pour boissons, et du traitement par le bromure de potassium et les antiseptiques.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHOLOGIQUE

LA FOI QUI GUÉRIT;

Par J.-M. CHARCOT[1]

La *New Review*, prenant texte du récent voyage d'un littérateur célèbre à un sanctuaire religieux et des discussions qui se sont élevées à cette occasion, me demande mon opinion sur la *faith-healing*. La question n'est pas de celles qui puissent me laisser indifférent. Elle intéresse d'ailleurs tout médecin,

[1] Sous ce titre « *The faith-healing*, — La foi qui guérit », la *New Review*, de Londres, a publié, dans son numéro du 1er décembre, un article du directeur des *Archives de Neurologie*, M. le professeur Charcot. Nous en empruntons la traduction à la *Revue hebdomadaire*.

le but essentiel de la médecine étant la guérison des malades sans distinction dans le procédé curatif à mettre en œuvre. Dans cet ordre d'idées, la *faith-healing* me paraît être l'idéal à atteindre, puisqu'elle opère souvent lorsque tous les autres remèdes ont échoué. C'est pourquoi, depuis longtemps, en présence de certains cas déterminés, j'ai cherché, après bien d'autres, à pénétrer autant que faire se peut le mécanisme de sa production. afin d'utiliser sa puissance, et c'est l'opinion que je me suis faite dans ces conditions que je vais exposer en quelques mots.

J'ajouterai qu'en pareille matière, comme en toute autre, il ne faut jamais se départir de la rigueur inhérente à la discussion scientifique; les polémiques passionnées ne servent à rien, si ce n'est à tout embrouiller et à compromettre les meilleures causes. Ce n'est pas par des affirmations sans preuves ou par des négations sans fondements qu'on peut espérer résoudre cette question de la *faith-healing* qui, je le répète, appartient entièrement à l'ordre scientifique où les faits bien et sincèrement étudiés, groupés en faisceau pour conclure, sont les seuls arguments que l'on puisse admettre.

Les faits que, dans ma pratique spéciale déjà longue, j'ai eu l'occasion d'observer ne sont pas isolés, tant s'en faut, car la *faith-healing* et son aboutissant, le miracle, — sans attacher à ce mot aucune autre signification que celle d'une guérison opérée en dehors des moyens dont la médecine curative semble disposer d'ordinaire, — répondent à une catégorie d'actes qui n'échappent pas à l'ordre naturel des choses. Le miracle thérapeutique a son déterminisme, et les lois qui président à sa genèse et à son évolution commencent à être, sur plus d'un point, suffisamment connues pour que le groupe des faits qu'on englobe sous ce vocable se présente avec une allure assez spéciale pour ne pas échapper tout à fait à notre appréciation. Il y a tout lieu de s'en féliciter, d'ailleurs, puisque par la compréhension plus nette de ces déterminations nous mettons de plus en plus à notre disposition les grandes ressources de la *faith-healing* et que, de ce fait, la maladie nous trouve de moins en moins désarmés devant elle.

Ce sont les éléments eux-mêmes de ce déterminisme que nous allons étudier. Leur groupement nous conduira à une conclusion que je puis du reste donner immédiatement. La guérison d'apparence particulière, produit direct de la *faith-*

healing, que l'on appelle communément en thérapeutique du nom de miracle, est, on peut le démontrer, dans la majorité des cas, un phénomène naturel qui s'est produit de tout temps, au milieu des civilisations et des religions les plus variées, en apparence les plus dissemblables, de même qu'actuellement on l'observe sous toutes les latitudes. Les faits dits miraculeux, et je n'ai pas la prétention d'exprimer ici rien de bien neuf, ont un double caractère : ils sont engendrés par une disposition spéciale de l'esprit du malade; une confiance, une crédibilité, une suggestibilité, comme on dit aujourd'hui, constitutives de la *faith-healing* dont la mise en mouvement est d'ordre variable. D'autre part, le domaine de la *faith-healing* est limité; pour produire ses effets, elle doit s'adresser à des cas dont la guérison n'exige aucune autre intervention que cette puissance que possède l'esprit sur le corps, dont le Dr Hack Tuke a donné, dans son beau livre[1], une si remarquable analyse. Ses limites, aucune intervention n'est susceptible de les lui faire franchir, car nous ne pouvons rien contre les lois naturelles. On n'a jamais, par exemple, noté, en compulsant les recueils consacrés aux guérisons dites miraculeuses, que la *faith-healing* ait fait repousser un membre amputé. Par contre, c'est par centaines qu'on y trouve les guérisons de paralysies, mais je crois que celles-ci ont toujours été de la nature de celles que le professeur Russel Reynolds[2] a qualifiées du terme général de paralysies « *dependant on idea* ».

Je sais bien qu'aujourd'hui des médecins préposés à la constatation des miracles, et dont la bonne foi n'est pas en cause, semblent portés à reconnaître que la guérison subite des paralysies ou des convulsions n'a rien qui sorte du domaine des lois naturelles. Ils s'appliquent à montrer que des tumeurs, des ulcères parmi les plus rebelles, sont, par contre, monnaie courante dans le domaine de la thérapeutique miraculeuse. Je ne le nie pas : je pense comme eux que la *faith-healing* peut directement faire disparaître dans certains cas des ulcères et des tumeurs, mais je crois aussi que

[1] *Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease designed to elucidate the action of the imagination.* London, Churchill, 1872.

[2] *Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependant on idea*, read to the medical section of the British medical Association. Leeds, july 1869; *in British med. Journ.*, nov. 1869.

les lésions de ce groupe sont, malgré leur apparence contraire, de la même nature, de la même essence que les paralysies dont je parlais tout à l'heure.

La guérison plus ou moins soudaine des convulsions et des paralysies était autrefois considérée comme un miracle thérapeutique du meilleur aloi. La science ayant démontré que ces phénomènes étaient d'origine hystérique, c'est-à-dire non organiques, purement dynamiques, la guérison miraculeuse n'existerait plus en pareille matière!

Pourquoi cela? Et s'il était démontré encore que ces tumeurs et ces ulcères autour desquels on mène tant de bruit sont aussi de nature hystérique, justiciables eux aussi de la même *faith-healing* que les convulsions et les paralysies, c'en serait donc fini du miracle.

Pourquoi jeter tant de défis à la face de la science, qui finit, en somme, par avoir le dernier mot en toutes choses!

Il est beaucoup plus simple de constater que la thérapeutique miraculeuse et la science ont subi une évolution parallèle. La *faith-healing* religieuse et laïque ne pouvant être dédoublée, c'est la même opération cérébrale produisant des effets identiques. La science qui évolue n'a pas la prétention de tout expliquer; elle nierait ainsi sa propre évolution. Elle donne son interprétation rationnelle au fur et à mesure de ses découvertes, et voilà tout! Dans tous les cas, elle est l'ennemie des négations systématiques que ses lendemains font évanouir à la lumière de ses nouvelles conquêtes. Je crois que son évolution n'est pas restée en arrière de celle du miracle; que de tout temps, la *faith-healing* a fait disparaître par son seul pouvoir des tumeurs et des ulcères de certaine nature. En pareille matière, l'ignorance tenait à ce qu'on n'avait pas saisi le secret de son mécanisme. Bien que nous ignorions encore beaucoup de choses, je constate que nous sommes aujourd'hui plus avancés dans cette voie de l'interprétation scientifique, et je prévois le jour plus ou moins éloigné cependant encore où l'évidente réalité des faits ne trouvera plus de contradicteurs. Étudions maintenant les éléments du déterminisme de la *faith-healing*.

C'est surtout dans les sanctuaires religieux que la *faith-healing* a trouvé à s'exercer. De tout temps il a existé des thaumaturges, depuis Simon le magicien jusqu'au prince de Hohenlohe au commencement du siècle, en passant par le

diacre Pâris, qui ont eu le don de faire des guérisons dites miraculeuses, c'est-à-dire d'inspirer la *faith-healing*. Ces thaumaturges, étant souvent eux-mêmes des religieux, ont fondé des sanctuaires, et sur leurs tombeaux se sont multipliés les miracles qu'ils faisaient pendant leur vie. Il est en effet très digne de remarque que, dans les sanctuaires religieux, ce n'est pas la divinité elle-même qu'on intercède, c'est son prophète ou ses disciples. C'est presque toujours un simple mortel qui, pendant sa vie, a gagné lui-même sa béatification en faisant des miracles. Il est même curieux de constater que certains de ces thaumaturges étaient atteints de la maladie dont ils vont désormais guérir les manifestations : saint François d'Assise, sainte Thérèse, dont les sanctuaires viennent au premier rang parmi ceux où se produisent des miracles, étaient eux-mêmes des hystériques indéniables.

La façon dont s'est formé le sanctuaire importe peu ; ce qui est surtout intéressant à étudier au point de vue du déterminisme du miracle c'est le sanctuaire lui-même. Et ce déterminisme devient frappant lorsqu'on constate que les sanctuaires se ressemblent tous, sont tous coulés dans le même moule. Ils sont restés les mêmes depuis les temps les plus reculés de l'histoire jusqu'à nos jours, se copiant pour ainsi dire les uns les autres. C'est dire déjà qu'à travers les âges, parmi les civilisations les plus diverses, au milieu des religions les plus dissemblables en apparence, les conditions du miracle sont restées identiques, ses lois d'évolution étant immuables.

Etudions, par exemple, l'Asclépieon d'Athènes[1], fils direct des sanctuaires de l'ancienne Egypte, puisque, même l'Asclépieon, le dieu guérisseur revêt souvent les traits de Sérapis, le thaumaturge des Pharaons. Au fond du sanctuaire, la statue miraculeuse; parmi les serviteurs du temple, des prêtres-médecins chargés de constater ou d'aider les guérisons; c'est le bureau médical que les sanctuaires d'aujourd'hui ne manquent pas de s'attacher lorsqu'ils ont une certaine importance.

Nous trouvons encore sous les portiques de l'Asclépieon une classe de personnages très singuliers ; ce sont les *intercesseurs* ceux qui font métier, dans diverses villes de se rendre près du dieu guérisseur pour implorer sa protection aux lieu et place de leurs clients.

[1] Cf. l'*Asclépien d'Athènes*, d'après de récentes découvertes, par Paul Girard, Paris, 1881, E. Thorin, édit.

Dans tout le Poitou, il existe une catégorie de vieilles femmes qui ont pour métier ordinaire d'aller ainsi intercéder près du tombeau miraculeux de sainte Radegonde pour ceux qui, animés de la *faith-healing*, ne peuvent ou ne veulent pas se déplacer.

Laissons là ces intermédiaires pour ne considérer que les seuls suppliants venus pour eux-mêmes. De tous les dèmes de la Grèce, ceux qu'anime la *faith-healing* s'acheminent vers le sanctuaire pour obtenir la guérison de leurs maux. Dès leur arrivée, afin de rendre le dieu favorable, ils déposent sur l'autel de riches présents et se plongent dans la fontaine purificatrice qui coule dans le temple d'Esculape.

« Par Zeus ! s'écrie la bonne femme à laquelle Carion, le valet de la comédie d'Aristophane, raconte les aventures allégoriques de Ploutos, le beau bonheur pour un vieillard que d'être trempé dans l'eau froide ! »

Les siècles ont passé, mais la source sacrée coule toujours.

Après ces préliminaires, les suppliants sont admis à passer la nuit sous les portiques du temple. C'est l'*incubation* qui commence, la *neuvaine* propitiatoire, pendant laquelle la *faith-healing* s'exalte de plus en plus, par auto-suggestion, par contagion de voisinage, sorte d'entraînement inconscient, et alors le miracle se produit... s'il y a lieu.

Ceux qui trouvaient la guérison dans l'Asclépicon ornaient les parois du temple d'hymnes votives et surtout de bras, de jambes, de cous, de seins en matière plus ou moins précieuse, objets représentatifs de la partie du corps qui avait été guérie par intervention miraculeuse. Les sanctuaires d'aujourd'hui sont toujours ornés de ces *ex-voto* gravés sur le marbre ; et à la porte, mille marchands, comme autrefois à Athènes, vendent des bras, des mains, des petits enfants de cire qui orneront les abords du tombeau du saint ou les parois de la grotte. Le rosaire de la neuvaine pendant laquelle la foi s'exalte, rappelle le chapelet du musulman qui s'incline devant le sépulcre du marabout vénéré.

La mise en œuvre de la *faith-healing* a donc, dans tous les temps, sous toutes les latitudes, chez les païens, les chrétiens, comme chez les musulmans, revêtu le même caractère. Les sanctuaires et les pratiques propitiatoires sont analogues. Les statues du dieu guérisseur seules diffèrent, mais l'esprit hu-

main, toujours, lui-même dans ses grandes manifestations, les confond dans une même évocation.

D'une façon générale, la *faith-healing* ne se développe pas spontanément dans toute son intensité curatrice.

Un malade entend dire que dans tel sanctuaire il se produit des guérisons miraculeuses : il est bien rare qu'il s'y rende immédiatement. Mille difficultés matérielles mettent un obstacle au moins temporaire à son déplacement : il n'est pas commode à un paralytique ou à un aveugle, quelque fortune qu'il possède, de s'embarquer pour un long voyage. Il interroge son entourage, demande des renseignements circonstanciés sur les cures merveilleuses dont le bruit lui est parvenu. Il n'entend que des paroles encourageantes non seulement émanées de son entourage direct, mais souvent encore de son médecin. Celui-ci ne veut pas enlever à son malade un dernier espoir, surtout s'il juge que la maladie de son client est justiciable du *faith-healing* qu'il n'a pas su lui-même inspirer. La contradiction dans la circonstance n'aurait, du reste, d'autre effet que d'exalter la croyance à la possibilité d'une guérison miraculeuse. La *faith-healing* commence à naître, elle se développe de plus en plus, l'incubation la prépare, le pèlerinage à accomplir devient une idée fixe. Les déshérités de la fortune se mortifient en sollicitant des aumônes qui leur permettront de gagner le lieu saint ; les riches deviennent généreux vis-à-vis des pauvres afin de se rendre la divinité propice : tous prient avec ferveur et implorent leur guérison. Dans ces conditions, l'état mental ne tarde pas à dominer l'état physique. Le corps rompu par une route fatigante, les malades arrivent au sanctuaire l'esprit éminemment suggestionné. « L'esprit de la malade, a dit Barwell[1], étant dominé par la ferme conviction qu'elle doit guérir, elle guérira immanquablement. » Un dernier effort : une ablution dans la piscine, une dernière prière plus fervente, aidée par les entraînements du culte extérieur, et la *faith-healing* produit l'effet désiré ; la guérison miraculeuse devient une réalité.

Quels sont les effets directs de la *faith-healing* ? Quelles sont les maladies dans lesquelles elle produit des effets curatifs incontestables ? Interrogeons pour répondre les documents que nous trouvons dans les sanctuaires eux-mêmes.

[1] *The Lancet*, 28 novembre 1858.

J'ai parlé, il n'y a qu'un instant, des *ex-voto* symboliques que les malades guéris suspendaient aux murailles de l'Asclépieon, et qu'on retrouve aujourd'hui toujours les mêmes dans les sanctuaires les plus vénérés. Ces bras, ces jambes de marbre ou de cire sont des représentations imparfaites de la réalité, car un bras peut être atteint de vingt maladies différentes, et c'est toujours le même membre, la même forme traditionnelle que l'on découvre dans les fouilles ou qu'on contemple dans les sanctuaires d'aujourd'hui. Combien la figuration directe, réelle de la maladie eût été plus instructive ! Une seule fois j'ai rencontré cette représentation d'une maladie qui avait été l'objet d'un miracle thérapeutique. Je visitais un sanctuaire vénéré du midi de la France, dans la Camargue, l'église des Saintes-Maries. Parmi les *ex-voto*, je distinguai le moule en plâtre du membre inférieur d'une jeune fille d'une douzaine d'années atteinte de pied bot. Ce moule reproduisait exactement la figure bien connue de la contracture hystérique du membre inférieur. La guérison s'était opérée rapidement, et à côté du moule se trouvait la photographie de la jeune fille, droite sur sa jambe, désormais débarrassée de sa contracture. A part cet exemple particulier, l'art du modeleur à l'usage des sanctuaires ne nous apprend rien de précis sur les maladies qui s'y guérissent sous l'influence de la *faith-healing*.

Mais il est d'autres documents figurés qui vont nous être d'un grand secours. Les travaux de M. Paul Girard, ancien élève de l'école d'Athènes, nous ont appris que les murailles de l'Asclépieon étaient couvertes de peintures votives représentant, pour une partie tout au moins, les guérisons miraculeuses qui s'étaient opérées dans le lieu saint. Ces peintures n'ont pas, comme les *ex-voto* de métal ou de marbre, résisté à l'action du temps, mais nous les retrouvons ornant les sanctuaires plus modernes ou illustrant les ouvrages qui en sont les annales. Nous pouvons donc raisonner par analogie. On trouvera de nombreuses reproductions de ces œuvres du moyen âge et de la Renaissance dans le livre que j'ai publié en collaboration avec M. Paul Richer sur les *Démoniaques dans l'art*.

Ces reproductions d'une guérison miraculeuse se ressemblent toutes avec les variations que le génie particulier de l'artiste leur a imprimées : il s'agit presque toujours, sinon toujours, de la guérison de malades convulsionnaires. La représentation est identique dans l'évangéliaire de la bibliothèque de Ra-

venne, qui date du VIe siècle de notre ère, sur la porte de bronze de Saint-Zénon, à Vérone (XIe siècle), ou dans les tableaux de Rubens ou de Jordaens, qui ornent les sanctuaires religieux ou les musées particuliers ou publics, qui les ont tirés le plus souvent de ces sanctuaires. L'unanimité de ces documents est remarquable. Saint Nil, saint Dominique, saint Ignace, saint Martin, ont exercé avec un ensemble frappant leur pouvoir miraculeux pour faire cesser des convulsions dont l'origine hystérique est indubitable.

Mais l'influence de la *faith-healing* ne s'exerce-t-elle que sur les convulsions hystériques ? Certainement non. Les autres manifestations, si nombreuses, de la névrose en sont également tributaires, et nous en trouvons la preuve à la fois dans les documents figurés et dans les documents écrits.

Au XIIIe siècle, dans la basilique de Saint-Denis, le tombeau de saint Louis devint un lieu de pèlerinage très fréquenté; il se produisit de nombreux miracles à son contact. Littré nous les a fait connaître et il en a donné l'interprétation dans la *Philosophie positive*[1]. Il s'agissait là, très certainement, de contractures hystériques.

A une époque plus récente, au XVIIIe siècle, le document figuré s'est associé au document écrit, et l'ouvrage de Carré de Montgeron, dont les planches gravées d'après nature représentent nombre de guérisons miraculeuses, est une mine toujours précieuse à consulter. Nous y trouvons l'histoire illustrée de la guérison miraculeuse de la demoiselle Fourcroy et de Marie-Anne Couronneau, atteintes de paralysie et de contracture hystérique. Je prends ces deux faits au hasard parmi les nombreux cas dont Carré de Montgeron a donné la relation : ils se ressemblent tous. A ceux qui me reprocheraient de toujours parler d'hystérie, et avant de m'expliquer plus complètement à ce sujet, je répondrai par ce mot de Molière : « Je dis la même chose, parce que c'est toujours la même chose »; je constate, et rien de plus.

Mais, me répondra-t-on, les médecins qui aujourd'hui, — comme autrefois dans l'Asclépieon, — sont chargés de constater les miracles opérés dans les sanctuaires, prétendent que la guérison des convulsions, des contractures et des paralysies d'origine hystérique, est d'un ordre trop naturel pour justifier

[1] Littré. — *Un fragment de médecine rétrospective.* (*La philosophie positive*, 1866, t. V, p. 103.)

une intervention miraculeuse. Ils connaissent, eux aussi, l'influence de l'esprit sur le corps, et la disparition spontanée des paralysies hystériques ne vaut pas qu'on fasse appel à une force surnaturelle. C'est à des tumeurs, à des plaies, que s'adresse maintenant l'eau de la piscine; elle guérit soudainement les ulcères les plus rebelles; dira-t-on encore qu'ils étaient nés sous l'influence de la névrose?

L'évolution de nos données scientifiques me permet d'être, sur la question de fait, entièrement de l'avis des médecins des sanctuaires : certaines tumeurs ou certains ulcères sont justiciables de la *faith-healing*, qui prend sa source dans les eaux de la piscine sacrée.

Croit-on que ce soient là des faits nouveaux? De tout temps la *faith-healing* a guéri des tumeurs et des ulcères, et j'ajoute que, comme aujourd'hui, cette guérison s'est effectuée dans des conditions parfaitement déterminées dont il nous est actuellement possible de donner le plus souvent une exacte analyse. Qu'il me soit permis d'en citer un exemple.

Qu'on veuille bien se reporter à la guérison miraculeuse opérée sur la demoiselle Coirin, dont Carré de Montgeron nous a donné la description et la représentation figurée [1].

Au mois de septembre 1716, la demoiselle Coirin, alors âgée de trente et un ans, fit coup sur coup deux chutes de cheval : la seconde fois, elle tomba « sur le côté gauche de l'estomac qui porte à plomb sur un tas de pierres, ce qui lui cause une douleur si vive qu'elle en reste évanouie ».

Au bout de quarante jours, elle est prise de vomissements de sang qui se répètent fréquemment et s'accompagnent de « foiblesse ».

« Dans une de ses foiblesses, qui lui arriva trois mois après sa chute, comme on lui mettoit des linges sur l'estomac, on s'aperçut qu'elle avoit le sein du côté gauche extrêmement *dur*, *enflé* et *tout violet*. Le chirurgien du pays, nommé Antoine Paysant, ayant été consulté et ayant examiné son sein, découvrit qu'elle avoit une grosse glande qui s'étendoit jusque sous l'aisselle du bras en arrière et une espèce de grosse corde de la largeur de trois doigts qui gagnoit jusqu'au bout du sein. Ce chirurgien lui donna des cataplasmes, lesquels lui

[1] Carré de Montgeron. — *La vérité des miracles opérés par M. d Pâris et autres appelants*, t. I, Cologne, 1747. Septième démonstration

faisoient distiller une quantité considérable de sang par le bout du sein sans la guérir ni même la soulager, son sein lui faisant toujours de la douleur et étant de plus en plus dur.

« ... On s'aperçut qu'elle avoit un *cancer* au sein du côté gauche, la mamelle de ce côté étant devenue grosse comme la tête, excessivement dure et toute enflammée. »

Ceci se passait en 1716. « Cependant l'humeur tranchante et corrosive du cancer faisoit toujours de funestes progrès, qui éclatèrent enfin de la manière la plus affreuse vers la fin de l'année 1719. »

Un témoin oculaire, Anne Giroux, nous apprend « qu'il lui vint une petite ouverture de pourriture au-dessous du sein et de la mamelle gauche; que cette ouverture augmenta toujours de plus en plus, gagnant tout autour du bout du sein, et qu'elle le cerna en peu de jours, de façon que le bout de ce sein tomba en un morceau. Elle ajoute qu'elle a vu le bout de ce sein détaché de la mamelle, qu'on le garda trois jours sur une serviette pour le montrer aux chirurgiens qui avoient soin de ladite demoiselle, et qu'elle avoit ou qu'il y avoit à la place de ce bout un trou un peu plus large qu'une pièce de douze sols qui paroissoit assez profond, et dont il sortoit sans cesse une eau qui puoit comme une charrogne. »

En 1720, deux chirurgiens proposèrent l'amputation du sein, mais la mère de la demoiselle Coirin refusa de consentir à l'opération, celle-ci ne devant être que palliative, puisque la maladie cancéreuse était déclarée incurable. « Puisque sa fille n'étoit pas sûre de guérir par cette opération, elle étoit bien aise de la lui épargner, et mourir pour mourir, il falloit autant qu'elle ne souffrît pas. »

Ajoutons que, dès 1718, la malade avait été frappée tout d'un coup, pendant la nuit, d'une paralysie de tout le côté gauche.

« Il lui prit un engourdissement dans le bras gauche qui, la nuit, dégénéra en paralysie qui lui ôta tout l'usage de tout le côté gauche; depuis ce tems, il lui a été impossible de faire aucun mouvement de son bras ni de sa main gauche, qui demeurèrent en tout tems froids comme de la glace, et ne pouvoit les changer de place qu'en les prenant avec son bras droit, en poussant sa jambe gauche avec sa droite, ce qui est resté ainsi jusqu'à la nuit du 11 au 12 août 1731. Que même

sa cuisse et sa jambe se retirèrent de façon qu'elle avoit un creux au-dessous de la hanche assez profond pour y pouvoir mettre le poing, et que, comme les nerfs de la jambe s'étoient retirés, cette jambe paroissoit considérablement plus courte que l'autre... Sa jambe gauche étoit toute retirée en arrière et comme recoquillée, et qu'elle étoit pâle, toute desséchée, froide comme de la glace, même dans le plus chaud de l'été. »

Le 9 août 1731, elle s'adresse à une vertueuse femme de Nanterre, la charge de dire pour elle une neuvaine au tombeau du bienheureux François de Pâris, d'y faire toucher une chemise et de lui apporter de la terre prise auprès du sépulcre. Le lendemain 10, la pieuse femme se rend à Saint-Médard...

« Le soir du lendemain 11 août, à peine la moribonde s'est fait mettre la chemise qu'avoit touchée le précieux tombeau qu'elle éprouve à l'instant la vertu bienfaisante qu'elle y avoit puisée. Forcée de par sa paralysie de se tenir constamment sur le dos, elle se retourna elle-même dans son lit. »

Le lendemain 12, elle s'empresse d'appliquer elle-même sur son « cancer » la précieuse terre, et « aussitôt elle remarque avec admiration que le trou profond de son sein, d'où sortoit sans cesse depuis douze ans un pus corrompu et infecté, s'étoit séché sur-le-champ et commençoit à se refermer et à guérir ».

La nuit suivante, nouveau prodige. « Les membres paralytiques qui depuis tant d'années représentoient les membres d'un corps mort par leur froid glaçant, leurs marques affreuses et leur raccourcissement hideux, se raniment tout à coup; déjà son bras a repris la vie, la chaleur et le mouvement; sa jambe retirée et desséchée se déploie et s'allonge; déjà le creux de sa hanche se remplit et disparaît; elle essaye si elle pourra dès ce premier jour se servir de ces membres nouvellement rappelés à la vie, mais dont la maigreur porte encore la livrée de la mort; elle se lève seule, elle se soutient sur le bout du pied de cette jambe qui depuis si longtemps étoit beaucoup plus courte que l'autre; elle se sert aisément de son bras gauche, elle s'habille et se coiffe avec ses mains. »

Le miracle était consommé : toutefois, il faut ajouter que la plaie du sein n'était complètement cicatrisée qu'à la fin du mois; que le 24 septembre seulement, elle put sortir, et le 30 septembre monter en voiture.

J'avoue qu'il y a dix ans seulement l'interprétation de tous les éléments de cette curieuse observation eût offert bien des difficultés; la nature hystérique des vomissements sanglants, de la paralysie, n'eût pas fait de doute, mais cette paralysie s'accompagnait d'atrophie. Eh bien, il est péremptoirement démontré aujourd'hui que l'atrophie musculaire accompagne assez souvent la paralysie ou la contracture hystérique pour qu'il ait été déjà publié plus de vingt cas analogues à celui de la demoiselle Coirin.

Mais, dira-t-on, le cancer du sein, ce cancer ulcéré, était-il aussi une manifestation hystérique? Parfaitement, pourvu que l'on veuille bien concéder que le terme « cancer » ne doit pas être pris ici au pied de la lettre et dans son acception histologique moderne. Les ulcérations persistantes de la peau ne sont pas rares dans la névrose, témoin les plaies de saint François d'Assise et les stigmates de Louise Lateau.

La demoiselle Coirin présentait au niveau du sein ces phénomènes d'œdème hystérique, mentionnés pour la première fois par l'illustre Sydenham, œdème dur, œdème bleu ou violacé, comme je l'ai appelé, et l'on sait aujourd'hui, après les travaux de M. le professeur Renaut, de Lyon [1], que l'œdème, lorsqu'il est porté à un certain degré d'intensité, peut entraîner avec lui des gangrènes cutanées dont les escarres laissent à leur suite des ulcérations analogues à celle qui avait détruit le mamelon dans le cas précité [2].

Je lisais dernièrement un mémoire fort intéressant du Dr Fowler [3]. On y trouvera l'exposé de huit cas dans lesquels il existait dans le sein des tumeurs uniques ou multiples dépassant parfois le volume d'un œuf de poule.

Plusieurs des malades consultèrent des chirurgiens célèbres; la plupart de ceux-ci considérèrent, paraît-il, l'affection du sein comme étant de nature organique et proposèrent l'abla-

[1] Renaut. — *Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau; l'urticaire gangréneuse.* (*La Médecine moderne*, n° 9, 20 février 1890.)

[2] On trouvera l'histoire complète de ces troubles trophiques dans le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, de mon ancien chef de clinique, M. Gilles de la Tourette. (T. I, Paris, 1891; t. II, *en préparation.*) Plon, édit.

[3] *Neurotic Tumours of the breast; read before the New-York Neurological Society*, tuesday 7 january 1890. — *Medical Record*, 15 february 1890, p. 179.

tion de l'organe. Or, le Dr Fowler, plus avisé, soumit ses patientes, qui étaient toutes hystériques, à un traitement dont l'élément psychique fit pour ainsi dire tous les frais, et les tumeurs qu'on avait jugées justiciables de l'instrument tranchant disparurent sans trop tarder. Si, munies des consultations concluant à une néoplasie, à un cancer peut-être, elles s'étaient rendues à un sanctuaire, comment révoquer en doute qu'elles eussent été guéries d'une maladie réputée incurable? Le Dr Fowler connaissait bien chez ces malades l'influence de la *faith-healing*, car il nous dit en toutes lettres, en parlant de l'une d'elles, et il en était probablement ainsi des autres : « *Like all women of similar temperament, she had a fetich like-faith in her regular medical attendant* [1]. »

Ces cas et aussi tous les autres montrent bien que la guérison dite ou non surnaturelle survenue sous l'influence de la *faith-healing* obéit à des lois naturelles, et celles-ci sont encore plus évidentes lorsqu'on pénètre plus avant dans l'analyse des faits. C'est ainsi, par exemple, que dans tous les cas, la soudaineté de la guérison est beaucoup plus apparente que réelle.

Prenons pour exemple la contracture hystérique. Sous l'influence de la *faith-healing* ou de toute autre cause plus ou moins réputée miraculeuse, la rigidité cesse, les muscles sont aptes de nouveau à entrer en action. A ce moment et les jours qui suivent, l'examen attentif montre qu'il persiste dans le membre qui a été contracturé des troubles de sensibilité, de l'exagération des réflexes tendineux, compagnons ordinaires de la contracture. C'est une loi physiologique que ces phénomènes ne disparaissent pas immédiatement, et que tant qu'ils persistent, ainsi que je l'ai bien souvent montré à ma Clinique, on peut toujours redouter un retour offensif de la paralysie ou de la contracture. Ces phénomènes, on ne songe pas à les chercher dans les sanctuaires, mais je les ai souvent notés chez des malades guéris dans un lieu saint comme chez ceux dont la guérison avait été obtenue à la Salpêtrière : les différences ne sont pas dans les faits eux-mêmes, mais dans l'interprétation qu'on en donne.

A plus forte raison ce déterminisme est-il encore plus évident lorsque la paralysie s'accompagne d'atrophie, lorsque l'œdème produit de la gangrène cutanée, tous phénomènes

[1] « Comme toutes les femmes de semblable tempérament, elle avait une sorte de foi fétichiste en son médecin ordinaire. »

dont l'évolution est appréciable pour les observateurs les moins expérimentés.

A ce propos, revenons à la demoiselle Coirin. Sous l'influence psychique déterminée par l'application de la chemise qui a touché au tombeau du diacre Pâris, l'œdème, trouble vaso-moteur, a disparu presque immédiatement, le sein a repris son volume normal. Il n'y a dans ce fait rien qui puisse nous étonner, puisque nous savons avec quelle rapidité peuvent apparaître et disparaître les troubles circulatoires. L'œdème n'existant plus, les conditions locales de la nutrition des tissus sont heureusement modifiées, la plaie du sein va pouvoir se cicatriser en vertu de lois physiologiques aussi bien connues que celles qui précédemment avaient présidé à l'apparition de la gangrène. Mais la cicatrisation complète demande un temps normal, suffisant pour s'effectuer, et ce n'est en effet que quinze jours plus tard que la peau de l'organe est devenue lisse, indemne de toute ulcération en voie de cicatrisation.

L'élément contracture ou paralysie peut apparaître ou disparaître soudainement. C'est un fait bien connu qu'une violente émotion nous cloue au sol sans que nous puissions mouvoir nos membres. Lorsque l'influx moteur parti du cerveau s'est rétabli, nous sommes aptes à marcher de nouveau. Mais si pendant cette paralysie les muscles se sont atrophiés, le membre ne reprendra sa force et son volume que lorsque les faisceaux musculaires se seront régénérés, et cette régénération, à laquelle président aussi des lois physiques, demande un temps suffisant pour s'accomplir. C'est encore là le cas de la demoiselle Coirin qui ne peut se servir de sa jambe atrophiée pour monter en voiture, que vingt jours après sa guérison qualifiée de soudaine.

C'est encore le cas de Philippe Sergent rapporté par Carré de Montgeron. Le 10 juillet 1730, troisième jour de sa neuvaine au tombeau du diacre Pâris, il est guéri d'une contracture des membres du côté droit avec atrophie. « Mais, dit explicitement le narrateur, sa main, sa cuisse et sa jambe droite ne rengraissèrent pas dans le moment, mais elles reprirent seulement couleur de chair », étant atteintes, comme chez la demoiselle Coirin, de l'œdème bleu hystérique. L'atrophie n'a pu échapper à la loi physiologique de la régénération musculaire.

De tout cela, je ne parle point sans pouvoir invoquer une

expérience un peu particulière. J'ai vu revenir de sanctuaires en vogue des malades qui y avaient été envoyés avec mon consentement, n'ayant pu moi-même leur inspirer la *faith-healing*. J'ai examiné leurs membres atteints quelques jours auparavant de paralysie ou de contracture, et j'ai assisté à la disparition graduelle des stigmates sensitifs locaux qui persistent presque toujours quelque temps encore après la guérison de l'élément paralysie ou contracture [1].

En résumé, je crois que, pour qu'elle trouve à s'exercer, il faut à la *faith-healing* des sujets spéciaux et des maladies spéciales, de celles qui sont justiciables de l'influence que l'esprit possède sur le corps. Les hystériques présentent un état mental éminemment favorable au développement de la *faith-healing*, car ils sont suggestibles au premier chef, soit que la suggestion s'exerce par des influences extérieures, soit surtout qu'ils puisent en eux-mêmes les éléments si puissants de l'auto-suggestion. Chez ces individus, hommes ou femmes, l'influence de l'esprit sur le corps est assez efficace pour produire la guérison de maladies que l'ignorance où on était il n'y a pas longtemps encore, de leur nature véritable faisait considérer comme incurables. Tels ces faits de troubles trophiques d'origine hystérique qu'on commence à bien connaître : atrophie musculaire, œdème. tumeurs avec ulcérations. Quand on entendra désormais parler d'une guérison soudaine, dans un sanctuaire, de cancer ulcéré du sein, qu'on se souvienne du cas de la demoiselle Coirin et qu'on se rappelle les faits d'observation toute moderne du Dr Fowler.

Est-ce à dire que, dès à présent, nous connaissions tout dans ce domaine du surnaturel tributaire au premier chef de la *faith-healing* et qui voit tous les jours ses frontières se rétrécir sous l'influence des acquisitions scientifiques? Certainement non. Il faut, tout en cherchant toujours, savoir attendre. Je suis le premier à reconnaitre qu'aujourd'hui : «*There are more things in heaven and hearth, than are dreant in your's philosophy* [2]. »

[1] Voir comme exemple typique l'observation d'Etch... (Bourneville, *Recherches clin. et thér. sur l'épilepsie et l'hystérie*, p. 175 et 192, Paris, 1876.) A consulter aussi : Valentiner. *Nouv. méd.*, 1872, p. 233 (Trad. E. Teinturier); Bourneville, *Louise Lateau ou la stigmatisée belge*. B. et P. Regnard, *Iconogr. phot. de la Salpêtrière*, 1876, 1880).

[2] « Il y a plus de choses dans le ciel et sur la terre qu'il n'y a de rêves dans votre philosophie. » (SHAKESPEARE.)

THÉRAPEUTIQUE

L'ÉLONGATION DE LA MOELLE EN ORIENT;

Par M. Alexandre RASTONIL.

En 1883, le Dr Motchoutkowsky (d'Odessa) utilisa le premier la suspension dans le traitement des affections de la moelle. Depuis, ce procédé a pris une grande extension et particulièrement après qu'il eût été expérimenté par M. le professeur Charcot.

Nous n'avons ni la science, ni l'âge voulus pour nous permettre d'apprécier un moyen thérapeutique, qui a déjà donné d'excellents résultats et il faut les instances d'un malade fort intelligent, qui a suivi le traitement de la suspension et celui que nous allons décrire, pour nous décider à écrire deux ou trois mots sur la méthode orientale d'élongation de la moelle. Nous pouvons considérer trois temps dans l'application de cette méthode.

Premier temps. — Le malade est couché sur un plan hozontal, les pieds reliés à une barre fixe. L'opérateur, agenouillé derrière la tête du sujet, s'est préalablement muni d'une serviette pour éviter de rendre douloureuse la traction qu'il doit exercer; il prend alors cette serviette et il en applique les deux extrémités pliées au niveau des apophyses mastoïdes du malade, dont il enserre ainsi comme dans un demi-cercle la partie postérieure de la tête. Il attire alors brusquement et avec force la tête du malade en arrière. Ce premier mouvement exécuté, l'opérateur laisse un instant reposer le patient, puis il procède comme précédemment, mais cette fois au lieu de s'interrompre aussitôt la traction faite, il fait suivre immédiatement cette traction d'un redressement brusque de la tête du sujet comme pour en porter la face au-devant des genoux. Simultanément, il exerce fortement avec la paume de la main et à quatre ou cinq reprises de fortes pressions sur la colonne vertébrale du malade. Là s'arrête le premier temps.

Deuxième temps. — Après quelques instans de repos, le sujet est placé debout, les pieds maintenus fixes et par conséquent *absolument immobiles.* L'opérateur se place alors au-devant de lui, le dos exactement appliqué contre la poitrine du malade. Dans cette situation, il prend les mains du malade et les faisant passer par-dessus les épaules, il les ramène en croix sur sa poitrine : il les maintient dans cette position et se croisant les bras, pour prendre un solide point d'appui, il se courbe très doucement et très lentement de manière à entraîner dans ce mouvement la colonne vertébrale du malade et à lui faire exécuter un arc assez étendu pour opérer une élongation salutaire de la moelle.

Troisième temps. — L'opérateur se place dos à dos avec le patient et lui prenant les bras de manière à entre-croiser les coudes entre eux, il se courbe en avant et il entraîne la colonne vertébrale du sujet dans ce mouvement exactement comme dans le second temps de l'opération. — Notons ici que le dos de l'opérateur doit, pendant l'exécution de ce troisième et dernier temps, rester toujours solidement appliqué contre celui du patient de manière à éviter tout glissement.

Encore une fois, nous n'avons pas eu la prétention de faire œuvre de grande utilité en écrivant ces deux ou trois mots sur la manière dont on essaie en Orient l'élongation de la moelle. Que si, n'ayant bien sincèrement d'autre intérêt en vue que celui des malades, nous avions cependant réussi à intéresser tant soit peu ceux qui ont à cœur de les traiter le mieux possible, nous nous en estimerions très heureux.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. De la logorrhée, par O. Klinke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XLVIII, p. 1 et 2.)

Observation de parole impulsive automatique, incoercible. Il semble qu'à ce phénomène président, d'une façon permanente, des images de mots qui obligent la malade à parler. Bien qu'elle s'exprime lentement, par intervalles, et nettement, comme en

scandant, jamais le flux n'est difficile ; il n'y a pas d'arrêt. Quand on la touche ou l'appelle, on provoque son attention ; alors elle s'interrompt et le calme se produit. Puis, de nouveau, doucement et graduellement plus haut elle se remet à parler. Plus tard, la malade indiqua que les pensées se présentaient à elle ; qu'elle sentait dans sa tête des murmures et des fredonnements ; que Dieu lui proposait ce qu'elle avait à répéter. C'est donc une logorrhée symptomatique de la folie systématique (paranoia).

P. Keraval.

II. Un cas de contagion psychique terminé par complète guérison; par Kuhne. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XLVIII, 1. 2.)

A lire en entier; la suscription résume complètement l'observation. P. K.

III. Contribution a l'étude de l'épilepsie jacksonienne et de l'atrophie musculaire d'origine cérébrale; par L. Kramer. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 1.)

Observation intéressante par ceci : Cinq ans environ après une infection syphilitique certaine, amaurose et convulsions faisant supposer une lésion de la base et de l'écorce. L'épilepsie est jacksonienne, donc il y a lésion de l'écorce; mais, comme on a signalé l'épilepsie partielle consécutive à une localisation quelconque ou même sans lésion organique de l'encéphale, il pourrait subsister des doutes si les convulsions n'avaient été suivies de parésie et d'atrophie. Et d'abord il n'y a pas paralysie générale (ni troubles de la parole, ni mégalomanie); ce n'est pas non plus une sclérose en plaques (étiologie, âge du malade, évolution). Reste l'hypothèse d'une plaque néoplasique de la base s'insinuant entre la bandelette et le nerf optique (atrophie de celui-ci) ou d'un foyer inflammatoire circonscrit des méninges et des parties corticales voisines, oblitérant les artères, ou occupant la base, lésant la bandelette et le nerf optique, gagnant l'écorce et déterminant, soit par l'oblitération des artères, soit par la destruction de la région motrice, l'hémiparésie et l'épilepsie jacksonienne (irritation sous-jacente). L'atrophie aurait la même origine, étant donné qu'elle est précoce, que les grandes cellules des cornes antérieures sont indemnes, qu'il existe des centres trophiques dans l'écorce (Quincke — Hirt — Eisenlohr).

Autopsie. — Leptoméningite chronique, atrophie et hypérémie cérébrale. Pneumonie lobulaire. Ostéome de la dure-mère avec pachyméningite. Intégrité de la substance blanche et grise de la moelle, même au microscope; cellules nerveuses normales. Rien qui puisse expliquer la paralysie des extrémités gauches; pas de foyer dans la zone motrice droite. P. K.

IV. Un cas de psychose chez un saturnin; par C. Mayer. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 1.)

Saturnisme chronique professionnel (coliques de plomb, céphalalgies, paralysie typique des extenseurs, avec réaction dégénérative, attaques épileptiformes, tremblement); psychose aiguë appartenant au groupe de l'*amentia* de Meynert; hallucinations de la sensibilité cutanée semblables à celles des alcooliques et cependant le malade n'est pas alcoolique; alternatives irrégulières de gaieté et d'angoisse. Paralysie bilatérale de l'oculomoteur externe, mais passagère, sans qu'on ait pu déterminer s'il s'agissait d'une paralysie nucléaire ou neuromusculaire périphérique. Déjà Taucquerel avait dit que strabisme et diplopie sont des signes prodromiques de l'encéphalopathie saturnine. P. K.

V. Inversion et perversion du sens génital (*cas médico-légal*); par Lewin. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Examen d'un acteur ayant imaginé d'associer sa propre torture à la pédérastie passive (voir les détails dans le mémoire). *Conclusion.* Dégénérescence mentale; psychopathie; décadence morale; inversion du sens génital et perversion sexuelle. P. K.

VI. Un cas d'automatisme comitial ambulatoire; par le Dr H. Grandjean.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, ayant un oncle épileptique, et ayant présenté lui-même dans son enfance un accès de somnambulisme qui, du mois de janvier 1890 au mois de février 1891, fut atteint de trois crises d'automatisme ambulatoire. Pendant ces crises, cet homme agit d'une façon aussi correcte que s'il était conscient; il accomplit les actes les mieux coordonnés et les plus complexes, tels que jouer aux cartes, demander son billet de chemin de fer, monter et descendre du train à la station indiquée sur son billet, causer sensément, etc. Le retour à l'état conscient dans ces crises, d'une durée de seize à quarante-cinq heures, est suivi d'une amnésie absolue. Entre les crises d'automatisme on a noté quelques *absences* se produisant seulement pendant le travail. Pas de stigmates hystériques.

Pour admettre que les crises d'automatisme de ce malade dépendent de l'épilepsie, l'auteur se fonde sur les faits suivants : 1° l'existence de prodromes (dépression psychique et rêves pénibles qui correspondaient assez bien à une *aura* épileptique de longue durée); 2° les caractères des crises elles-mêmes (céphalalgie, fatigue et amnésie consécutives); 3° l'existence d'absences entre les crises et 4° l'efficacité du traitement bromuré. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891.) G. D.

VII. Contribution a l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés; par les Drs de Bolt et Slasse. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment.* de Belgique, 1891.)

Les auteurs n'ont fait porter leurs recherches que sur les urines d'un seul aliéné, atteint de délire mélancolique et hypochondriaque; ils ont constaté que le coefficient urotoxique était d'abord plus élevé chez ce malade qu'à l'état normal, puis qu'il avait diminué au fur et à mesure que les troubles psychiques s'étaient accentués. Ils inclinent à croire que dans ce cas les modifications de la toxicité urinaire doivent être rattachées à la maladie mentale.

G. D.

VIII. Le délire chronique a évolution systématique et les psychoses des dégénérés; par le Dr P. Sérieux. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment.* de Belgique, 1891.)

Travail destiné à mettre en relief les caractères différentiels qui d'après l'enseignement de M. Magnan séparent le délire chronique des autres psychoses, notamment de celles des dégénérés.

IX. Mélancolie anxieuse chronique. Perte du sentiment de la personnalité; par le Dr Jules Dagonet. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment.* de Belgique 1891.)

Observation d'une héréditaire qui a présenté à quarante-deux ans un premier accès de mélancolie anxieuse suivi de plusieurs autres. Au cours de ces accès elle fit deux tentatives de suicide. A cette première période de l'affection en a succédé une seconde, caractérisée par un cinquième accès avec délire systématisé de négation et dissociation de la personnalité, puis une troisième ou terminale dans laquelle les signes de démence ont peu à peu remplacé les conceptions délirantes. L'évolution de cette psychose a duré vingt-cinq ans.

G. D.

X. Atrophie partielle symétrique des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit; par le Dr Salgo. (*Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique*, 1891.)

Relation de l'autopsie d'un idiot dont le cerveau présentait : 1° une atrophie de la seconde circonvolution temporale et de la seconde circonvolution occipitale des deux côtés ; 2° une atrophie porencéphalique occupant le lobe frontal de l'hémisphère droit. Ces lésions sont rapportées par l'auteur à une encéphalite de la première enfance ou même fœtale et non à un simple arrêt de développement D'après lui la porencéphalie, l'atrophie simple, les ramollissements, les dégénérations kystiques, les scléroses lobaires anciennes plus

ou moins étendues, ne sont que les effets divers d'un même processus pathologique, évoluant dans le cerveau de l'enfant ou du fœtus et donnant lieu à des accidents différents suivant les régions du cerveau qu'il affecte. G. D.

XI. Idiotie avec cachexie pachydermique, par le Dr Cousot. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1881.)

Il s'agit de deux nouvelles observations d'idiotie myxœdémateuse caractérisée par un arrêt de développement et de l'évolution, un trouble nutritif aboutissant à une atrophie générale, onanisme avec les signes habituels du myxœdème et un état de perturbation intellectuelle, l'idiotie. L'auteur adopte la doctrine de Bourneville pour lequel le myxœdème dépend de l'absence totale ou partielle, ou tout au moins d'une lésion de la glande thyroïde.

G. D.

XII. De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés; par les Drs J. de Boeck et A. Slosse. (*Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique*, 1891.)

De leurs recherches qui ont porté sur les urines de 31 aliénés et d'une quinzaine de sujets normaux, les auteurs tirent les conclusions suivantes : lorsqu'on veut constater dans les urines la présence de l'acétone, il faut les récolter avec les plus grandes précautions. Elles doivent être conservées en flacons bien bouchés et exactement remplis, ou mieux être distillées immédiatement.

La réaction iodoformée de Lieben est de toutes les réactions proposées celle qui convient le mieux à déceler de très minimes quantités d'acétone. On peut aussi avoir recours à la réaction de Gunning. Là où ces deux réactions auraient échoué, toutes les autres sont superflues. La réaction au perchlorure de fer n'a aucune valeur pour déceler l'acétone : elle est caractéristique de l'acide diacétique.

Il y a une acétonurie physiologique, son importance dépend de la richesse de l'alimentation en substances azotées. La constatation d'une petite quantité d'acétone dans l'urine des aliénés n'a donc aucune signification pathologique. La quantité d'acétone contenue dans l'urine n'est pas en rapport avec l'état psychique du malade (dépression, agitation, peur, hallucination). La quantité d'acétone augmente considérablement pendant l'inanition; il est utile de commencer l'alimentation artificielle lorsque, chez l'aliéné qui refuse de manger, la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions. G. D.

XIII. Contributions a l'étude de l'épilepsie symptomatique ; par le Dr Bellat.

Observation intéressante de tumeur de la dure-mère, placée à cheval sur la scissure interhémisphérique, au point de jonction de la première frontale et de la frontale ascendante, un peu en avant de la scissure de Rolondo et portant un peu plus sur le côté gauche que sur le droit. Cette tumeur avait déterminé, surtout du côté gauche, une attrition directe de l'écorce cérébrale ayant eu, tout d'abord, pour résultat, des phénomènes d'épilepsie jacksonienne du côté droit; puis, avec l'accroissement de la tumeur, les convulsions avaient prit le type de l'épilepsie vraie. Enfin, insensiblement, s'est produite une accoutumance cérébrale, l'encéphale n'a plus réagi aussi vivement, et bientôt on n'a plus constaté chez le malade que de simples vertiges précédés ordinairement de mouvements oscillatoires et de course en avant, propulsion dont le malade avait conscience et qui semble avoir été une sorte d'accès procursif incomplet, le malade est mort en démence deux ans après l'apparition des premiers symptômes. (*Annales médico-psychologiques,* 1892.)

E. B.

XIV. Thanatophobie et suicide; par le Dr Nicoulau.

Les causes occasionnelles du suicide sont, chez les dégénérés héréditaires, en nombre et en variété presque infinis : toutes ne se rencontrent pas avec une égale fréquence et la thanatophobie peut être comptée parmi les plus rares. Les thanatophobes sont des condamnés à mort d'une variété particulière qui las de vivre sous le coup d'une menace permanente, en devancent l'exécution.

La thanatophobie, simple primitive, est dégagée de tout élément initial et prépondérant qui puisse *a priori* justifier la fin des malades, tels que : hallucinations terrifiantes, crainte de supplices barbares, remords imaginaires avec terreur des peines futures ou immédiates, etc. Le délire thanatophobique provient, chez les dégénérés, de motifs tout à fait futiles ou complètement étrangers à leurs personnes; chez l'un, la peur de la mort survient à la suite d'un rêve qui l'a représenté à ses propres yeux sanglant et mutilé; un autre interprète dans le même sens quelque événement sans rapport avec son individu; un troisième s'affecte outre mesure d'un mal insignifiant (en dehors, bien entendu, d'aucune hallucination de la sensibilité générale) et porte si loin son erreur que la mort doit nécessairement survenir à bref délai ; la malade par exemple, dont l'auteur relate l'intéressante observation, frappée de ce fait que son père, sa mère et l'un de ses frères étaient morts après l'accomplissement de leur cinquante-deuxième année, se persuade qu'il y a là une échéance inéluctable imposée par le destin à elle-même,

aussi bien qu'à ses proches. A partir du jour où fut révolue sa cinquante-deuxième année, cette malade se sentait, pour ainsi dire guettée, épiée incessamment par cette mort inévitable, d'autant plus affreuse qu'elle restait inconnue dans sa forme et surtout dans le moment précis de son avénement; de là une anxiété, une oppression qui finissent par déterminer la malade à devancer, par des tentatives répétées de suicide, un trépas dont l'attente augmentait encore les angoissantes perspectives.

En présence de semblables manifestations délirantes, une question se présente dès l'abord à l'esprit: puisque la mort est, au dire des patients, certaine et prochaine, pourquoi la devancer et par quelle succession de modalités psychiques en viennent-ils à s'infliger de leurs mains le sort qu'ils redoutent ?

Chez l'homme sain, l'attente d'un événement se traduit par une sorte d'appétence, qui, dans certaines occasions va jusqu'à l'impatience extrême; volontiers on en précipiterait l'échéance, que le résultat soit d'ailleurs bon ou mauvais, afin de procurer à l'angoisse une détente, une relâche bienfaisantes; comme exemple, on peut prendre l'état psychique des candidats à un concours, à un examen, et mieux pour se rapprocher plus encore des conditions propres aux malades en question, celui des condamnés à mort dont les idées tendront huit fois sur dix au suicide.

Etant admise, à l'état normal, l'existence de l'appétence anxieuse, il est facile de concevoir ensuite comment par une exagération tout entière attribuable au mauvais état psychique du sujet, cette appétence induit ce dernier à certains actes anormaux et en particulier au suicide. La conduite paradoxale des aliénés thanatophobes qui, bien que terrifiés par l'imminence d'une fin jugée inévitable, n'en recherchent pas moins la mort avec une opiniâtreté trop souvent couronnée de succès, n'aurait pas d'autre motif. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.

XV. De l'acétonurie chez les aliénés; par M. Sailler.

Dans une communication à la Société de médecine mentale de Belgique, MM. de Boeck et Slosse ont fait connaître leurs recherches sur l'acétonurie chez les aliénés.

D'après ces auteurs, ce n'est pas seulement dans certaines affections mentales que l'on trouve de l'acétone dans les urines; l'existence d'acétone en quantité plus ou moins considérable dans l'urine des aliénés est un fait constant. Dans des recherches antérieures M. Sailler avait constaté maintes fois la présence de l'acétone dans l'urine d'hommes sains de corps et d'esprit, et que, d'autre part, sa présence dans l'urine des aliénés n'avait aucun point d'attache avec telle ou telle affection mentale. Malgré leur affirmation de l'existence constante de l'acétone dans l'urine des alié-

nés, MM. de Boeck et Slosse en arrivent cependant à formuler cette conclusion, c'est que la constatation d'une petite quantité d'acétone dans l'urine des aliénés n'a aucune signification pathologique et que la quantité d'acétone contenue dans l'urine, n'est pas en rapport avec l'état psychique du malade (dépression, agitation, peur, hallucination).

Une dernière conclusion dans leur travail est que la quantité d'acétone augmente considérablement pendant l'inanition et qu'il est utile de commencer l'alimentation artificielle lorsque, chez l'aliéné qui refuse de manger, la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.

XVI. Plusieurs attaques de sommeil paradoxal chez un aliéné; par le Dr Szczypiorski.

Il existe une modalité toute particulière du sommeil morbide propre aux aliénés, qui n'a rien de commun avec le sommeil hypnotique et hystérique. L'incertitude plane encore sur la nature de cette hypnose anormale que l'on désigne, faute de mieux, du nom de sommeil paradoxal.

L'auteur en montre un cas chez un héréditaire présentant des périodes d'excitation et de dépression avec idées de persécution et qui a été pris à plusieurs reprises d'un sommeil bizarre, accompagné de troubles de la sensibilité et du mouvement, de phosphaturie, sommeil au cours duquel l'alimentation se faisait avec participation du malade. Il y eut en tout cinq attaques de sommeil : la première dura quatre jours; douze jours après survint une deuxième qui dure huit jours; vingt-quatre heures après, débute une nouvelle attaque, qui se prolonge pendant sept semaines et qui est suivie, au bout de dix jours, d'une autre de trente-cinq jours; dix jours de veille la sépare de la cinquième et dernière attaque qui, le lendemain de son apparition fut avortée par le serrement du testicule.

Il est difficile de rattacher à l'hystérie un sommeil dans lequel tout ce qui touche à la vie de relation n'est pas suspendu, ou le malade mâche et avale comme à l'état normal, où l'émission des sons est conservée, où la sensibilité n'est pas abolie, où le malade, enfin, au lieu de présenter de la diminution, présente une augmentation considérable du taux des phosphates dans les urines.

Le malade, interrogé sur son sommeil, répond invariablement : « c'est ma psychose » et il est impossible de résoudre la question, à savoir si, et en cas d'affirmative, jusqu'à quel point et pour quel motif la volonté entre dans sa production.

Quoi qu'il en soit, il est certain, même en admettant la simulation, qu'il y avait beaucoup de spontanéité dans l'apparition du

sommeil: sinon, comment expliquer ces troubles de la sensibilité et cette phosphaturie, n'existant que pendant le sommeil, et disparaissant complètement au réveil? (*Annales médico-psychologiques*, 1891.) E. B.

XVII. Contribution a l'étude de la rémission dans la paralysie générale; par le Dr Guillemin.

Lorsqu'une rémission se produit, au cours d'une paralysie générale, on est en droit d'admettre que l'élément congestif a subi un temps d'arrêt, que les lésions inflammatoires se localisent et que les parties du cerveau restées ou redevenues saines suppléent au fonctionnement des parties atteintes par une lésion définitive.

L'observation citée par l'auteur montre que cette théorie, vraie dans certains cas, ne saurait être généralisée.

Il s'agit d'un paralytique général chez lequel la plupart des symptômes somatiques et psychiques avaient presque complètement disparu depuis huit mois, lorsqu'il mourut presque subitement à la suite de crises épileptiformes.

Or, à l'autopsie, on trouva des adhérences généralisées, les circonvolutions peu marquées: la substance grise est pâle, décolorée, la pulpe cérébrale ramollie, lésions d'une paralysie générale arrivée à une période avancée et que ne pouvait faire soupçonner l'état de rémission dans lequel se trouvait le malade. (*Annales médico-psychologiques*, 1891.) E. B.

XVIII. Trois cas de suicide survenus en trois ans chez trois sœurs; par le Dr Mabille.

Les cas de suicide chez les membres d'une même famille ne sont malheureusement pas rares. M. Mabille nous rapporte l'histoire pathologique d'une famille où les manifestations morbides de l'hérédité sont particulièrement frappantes.

GRAND-PÈRE arthritique.

TANTE	MÈRE	PÈRE
morte aliénée.	emportée arthritique.	alcoolique très irritable.

1er enfant,	2e enfant,	3e enfant,	4e enfant,	5e enfant,	6e et 7e enfants,
garçon interné à plusieurs reprises pour manie. *Idées de suicide.*	fille *noyée* à 13 ans	fille mélancolique *noyée* à 21 ans à l'endroit même où sa sœur, l'année précédente, avait trouvé la mort.	garçon, crises hystéro-épileptiques à 15 ans.	fille mélancolique, *va se noyer* à 22 ans à l'endroit même où ses sœurs se sont noyées.	tout jeunes encore.

(*Annales médico-psychologiques*, 1891.) E. B.

XIX. Occlusion accidentelle de l'ouverture de la glotte par le bol alimentaire chez les aliénés; par le Dr Hospital.

Observation intéressante d'un cas de mort par occlusion accidentelle de l'ouverture de la glotte chez une malade atteinte de dépression mélancolique et présentant depuis longtemps des troubles de la déglutition, en même temps qu'une incurvation anormale en avant des vertèbres cervicales, par suite d'une rétraction ancienne des muscles cervicaux postérieurs.

La malade, à qui une infirmière faisait manger un mélange de soupe mitonnée au fromage, se débat tout à coup, puis reste immobile : on essaya inutilement les secours en usage. Le médecin, arrivé quelques instants après, plongea aussitôt les doigts dans l'arrière-bouche : cette région était encombrée de pâte formée de pain et de fromage, qui n'avait pu être avalée. Il introduisit alors le bec de la sonde courbe de trousse, en guise de tube laryngien, et sentit la résistance vaincue de la substance molle, en pénétrant par l'ouverture de la glotte; on souffla avec énergie, mais rien ne changea; la mort était déjà réelle. A l'autopsie, on trouva un fragment de fromage long de deux centimètres ayant pénétré dans l'ouverture de la glotte et logé entre les cordes vocales; dans ce fragment, entre lui et la muqueuse on observe un sillon vertical; c'est là qu'a passé la sonde aérifère pour pénétrer dans le larynx.

Donc, si on avait pu l'introduire à l'instant même de l'accident, on aurait eu la chance de suspendre l'asphyxie, de provoquer une toux d'expulsion qui aurait chassé ou favorablement déplacé le bouchon obturateur, et conservé la vie à la malade.

A ce propos, étant donnée la rapidité des accidents, l'auteur montre combien il est important de démontrer aux infirmiers le mécanisme de l'obstruction de la glotte par des aliments et les moyens d'y remédier immédiatement soit par l'introduction de deux doigts ou d'une pince, soit par celle du tube laryngien. (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1891.) E. B.

XX. La température dans l'éilepsie, par Bénédikt (*British Medical journal*, 14 mai 1892, p. 77.)

Bénédikt (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 46, 1891) communique le cas suivant d'un garçon fluet âgé de quinze ans. On prit attentivement pendant huit jours la température, elle allait de 39 à 41 degrés centigrades. Le mal de tête était intense, et une fois il y eut perte de connaissance. Il parut alors se remettre. Au bout d'un semaine ou deux de rémission, la céphalalgie et une sensation fiévreuse reparurent ; la température s'éleva vivement à 42°5. Cet état calorique dura environ deux heures, puis une crise arriva soudaine-

ment, la température descendit à 36°, l'appétit revint et le malade se sentit bien.

Des attaques plus ou moins semblables revinrent une ou plusieurs fois par jour. jusqu'au moment où le malade put dire avec beaucoup de précision quel degré de fièvre existait. Toutes les fois que la température allait de 43°4 à 43°, le malade perdait connaissance, prenait une expression étonnée et murmurait invariablement « Raüber » (Robber). Cet état durait ordinairement de dix à trente minutes et était suivi d'une crise. Le pouls n'excédait jamais 104 pulsations par minute.

Aussitôt que la connaissance revenait, le malade se plaignait de contractions dans les muscles de la nuque. Il y avait de la prostration et pendant un temps assez court le malade avait des hallucinations.

Les accès ne venaient jamais dans la nuit ni pendant le sommeil, mais souvent pendant le temps des repas. Dans les intervalles, il n'existait aucuns symptômes cérébraux. L'examen démontra seulement qu'il y avait un élargissement splénique modéré, une légère albuminurie, une augmentation des corpuscules blancs du sang et une désintégration, de nombreuses altérations des corpuscules rouges. La quinine et l'arsenic n'avaient produit aucun effet thérapeutique. Pendant un temps assez court la phénacétine fut employée. Quand les accès diminuèrent graduellement, les pointes de feu sur la suture coronale et l'iodure de sodium furent prescrits. Au point de vue de l'étiologie, Bénédikt, pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une intoxication microbienne ou ptomaïnique.

XXI. Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité; par le Dr Boetau.

L'auteur, dans une très intéressante observation, détaille l'histoire d'une hystérique qui, à la suite d'une attaque, est restée plongée pendant trois jours dans un état somnambulique.

Le premier jour elle a erré dans Paris, faisant environ 60 kilomètres; les deux autres journées de somnambulisme, elle les a passées au dépôt de la Préfecture et à Sainte-Anne, dans une demi-torpeur, sans réagir, inerte, ou du moins obéissant à tout ce qui lui était commandé, passivement, automatiquement.

A son réveil, elle ne conserve plus aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son accès de somnambulisme : elle a vécu pendant ces trois journées une véritable vie mentale différente de sa vie normale.

Lorsqu'on met cette malade en état d'hypnose, elle revient brusquement à son état de condition seconde et le souvenir de sa fugue revient exactement le même à chaque tentative : il est stéréotypé.

Lorsqu'on la fait sortir de l'état léthargique dans lequel on l'a plongée, elle rentre dans l'existence ordinaire avec son état mental spécial et tout différent de celui où elle est quand elle est endormie. Chaque état de conscience ne conserve le souvenir que de lui-même et ces deux états s'ignorent réciproquement. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.

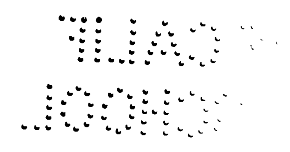
XXII. De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique; par le Dr Cullerre.

Dans une série de vingt observations, l'auteur met en relief un nouveau signe de dégénérescence des plus importants pour la connaissance des parentés morbides, quoique des plus rarement signalés : c'est la mort subite.

Lorsqu'on s'enquiert des antécédents héréditaires des malades qui composent la clientèle habituelle des asiles d'aliénés, on enregistre de temps en temps cette particularité pathologique. C'est en général dans les lignées à hérédité accumulée que ce phénomène se produit : certain jour, tel membre d'une de ces familles, jusqu'alors indemne d'accidents névropathiques, en apparence bien portant, tombe soudain sans connaissance au milieu de ses occupations habituelles ; on le relève : il est mort.

Sur les vingt cas de mort subite relatés, la moitié environ s'est produite chez des sujets très jeunes, quelques-uns à peine sortis de l'adolescence. En supposant même que les cas restants dussent être éliminés comme appartenant à des variétés pathologiques d'ordre différent, les premiers n'en formeraient pas moins un groupe compact de faits semblables relevant bien positivement de la dégénérescence héréditaire et appartenant certainement à la neuro-pathologie. Mais cette distinction serait excessive, car, à part l'âge des sujets frappés, qui diffère dans les deux ordres de faits, les autres conditions sont les mêmes, le milieu morbide est identique. Jeunes et âgés appartiennent à des familles où le système nerveux central est électivement frappé de déchéance, et où les affections nerveuses sont prédominantes, sinon exclusives.

L'origine nerveuse, cérébrale, de ces morts subites, étant admise, répondent-elles toutes au même mécanisme pathogénique ? Sont-elles le résultat de congestion cérébrale apoplectiforme, ou d'aploplexie nerveuse, cette dernière étant un accident de nature épileptoïde ? sont-elles la résultante d'une hémorrhagie cérébrale foudroyante consécutives à des lésions vasculaires précoces qui ne sont pas rares chez les dégénérés ? Le champ des hypothèses reste ouvert. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.



XXIII. Aliénation mentale par troubles de la nutrition; par MM. Mairet et Bosc.

Lorsqu'on recherche l'étiologie de certains cas d'aliénation mentale, on se trouve parfois amené, en l'absence de toute autre cause susceptible d'expliquer leur développement, à les considérer comme subordonnés à des perturbations physiques : tels sont les cas développés à la suite de quelque maladie physique grave ou bien pendant la puerpéralité, ou bien encore à certains moments de l'évolution de la vie, à la puberté, par exemple. MM. Mairet et Bosc apportent la preuve de cette hypothèse par des expériences entreprises sur la toxicité des urines des aliénés.

Les résultats obtenus par ces auteurs au cours d'expériences antérieures avec l'urine normale, ont servi de terme de comparaison pour juger de l'effet des urines pathologiques.

Au point de vue du degré de toxicité, ces dernières expériences avaient montré que l'urine normale, en injections intra-veineuses, tue le chien à 100 centimètres cubes par kilogramme; au point de vue des qualités toxiques, c'est-à-dire de l'action des urines normales sur les différentes fonctions de l'économie, on a constaté chez le chien : du côté du tube digestif, salivation, vomissements, diarrhée; du côté de la respiration, ralentissement et gêne augmentant avec la dose; du côté de la circulation, accélération constante avec plus grande énergie des battements cardiaques; du côté de la calorification, hypothermie pouvant atteindre 3 et 4 degrés; du côté du système nerveux, phénomènes consistant suivant les doses, en un simple affaissement, avec somnolence quelquefois et conservation des réflexes, puis en résolution, coma, attaques épileptiformes; il se produit des mictions abondantes pendant et après l'injection; myosis à doses toxiques; enfin à l'autopsie, lorsque la mort est immédiate, dilatation du cœur, congestion des différents organes ; et lorsque la mort est éloignée, dilatation du système veineux, poumons en bouillie, inflammation de la pie-mère; troubles trophiques cutanés.

Les injections d'urine pathologique ont été faites avec l'urine de malades atteints de manie, de stupeur, de lypémanie, de folie des persécutions et de démence sénile.

Degré de toxicité. — Dans toutes les formes d'aliénation mentale, autres que la démence sénile, le degré de toxicité de l'urine a été augmenté, dans des proportions différentes du reste, suivant la forme d'aliénation et l'acuité de la maladie. Tandis que la manie sans agitation a une toxicité presque semblable à celle de l'urine normale, tandis que la stupeur simple et la folie des persécutions ont un degré de toxicité relativement faible, la stupeur lypémaniaque, la lypémanie, la manie avec agitation ont, au con-

traire, une toxicité beaucoup plus énergique; et la forme n'est guère qu'un élément secondaire au point de vue du degré de toxicité de l'urine, l'élément premier dépendant de l'intensité de la maladie : chez tous les malades, quelle que soit la forme revêtue, plus la maladie était intense, plus le degré de toxicité était élevé. Dans la stupeur lypémaniaque et certains cas de manie, la mort survenait chez le chien à 25 centimètres cubes par kilogramme.

Qualités toxiques. — D'une manière générale, les qualités toxiques des urines des aliénés sont les mêmes que celles de l'urine normale pour ce qui concerne toutes les fonctions autres que le système nerveux.

Pour ce qui concerne le système nerveux, on retrouve dans tous les cas des symptômes semblables à ceux que produit l'urine normale, mais, à côté de ces symptômes, en existent d'autres.

Dans un premier groupe (certains cas de manie, stupeur simple, folie des persécutions). la symptomatologie est semblable à celle de l'urine normale : l'affaissement et la résolution sont seulement plus marqués.

Dans un second groupe (manie avec agitation considérable, stupeur lypémaniaque, lypémanie) on constate des symptômes qui n'existent pas avec l'urine normale : les urines de maniaques avec agitation considérable donnent lieu à une hyperesthésie, une hyperexcitabilité musculaire et auditive et à un état de convulsibilité qu'on ne retrouve pas avec l'urine normale. Cet état est poussé si loin que, dans l'intervalle des attaques convulsives, alors que la résolution est complète, la moindre excitation, bruit, attouchement, suffit pour produire des convulsions généralisées.

Les chiens, injectés avec de l'urine des malades atteints de stupeur lypémaniaque, présentent un état de stupeur avec inquiétude et apeurement, qui ne dure que quelques heures, mais n'en traduit pas moins assez bien, dans son expression symptomatique, ce qui existe chez l'individu atteint de cette forme d'aliénation mentale.

L'urine des lypémaniaques donne naissance non seulement à un état de résolution plus marqué qu'à l'état normal, mais encore à de l'inquiétude et à de l'apeurement, et à de l'hyperesthésie auditive.

En jetant un regard d'ensemble sur ces expériences, on voit que peu importe la cause physique qui a donné naissance à la folie : puerpéralité, puberté, maladies infectieuses; les urines, à part peut-être quelques éléments secondaires, produisent toujours les mêmes phénomènes toxiques.

Par conséquent, ce n'est pas à un poison typhique ou puerpéral, par exemple, qu'il faut rattacher l'aliénation mentale, mais à un autre élément commun à toutes ces perturbations; et comme le seul élément commun est le trouble subi par la nutrition, force est de rattacher ces aliénations mentales à ce trouble.

De sorte qu'à côté des aliénations mentales, névroses, doivent prendre place des aliénations mentales par troubles de la nutrition, lesquelles réunissent dans un même groupe des aliénations mentales étudiées par certains auteurs sous autant de noms différents qu'il y a de causes susceptibles de les produire : folie puerpérale, folie pubérale, etc. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.)

E. B.

XXIV. Gymnastique suggestive; par L. Lehmann. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

On ordonne au patient d'exécuter des mouvements, ou on imprime des mouvements aux membres paralysés. On éduque, ou plutôt on rééduque les centres cérébraux moteurs lésés, ou du moins on réincite les fibres d'association et de suppléance du côté altéré ou du côté sain. Méthode fonctionnelle très active. P. K.

XXV. Mensonge et aliénation mentale; par Mœli. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

Rapport médico-légal. Un dégénéré accusé d'escroquerie. Ment-il? Simule-t-il? Etablir la débilité mentale et samodalité. Conclusion irresponsabilité. P. K.

XXVI. Contribution a la théorie des hallucinations; par Tigges. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

Revue critique. Les hallucinations sensorielles sont d'origine centrale, mais il peut se faire que les voies nerveuses périphériques entrent simultanément en vibration. Les hallucinations motrices partent de l'écorce qui est le siège de l'innervation et de l'impulsion volontaire. P. K.

XXVII. Des formes aigues de la démence (*Amentia*) et de la folie systématique (*Paranoïa*); par Wl. Serbski. (*Allg. Zeitsch. f. Pyschiat.*, XLVIII, 4.)

Les folies aiguës se présentent sous deux formes.

1° *Désordre des idées hallucinatoire* (*amentia acuta*). Trois symptômes. Désarroi intellectuel, c'est-à-dire trouble primitif de la connaissance ne dépendant pas des hallucinations parfois complètement absentes. Mobilité de l'humeur tantôt anxieuse, tantôt gaie, le plus souvent rapidement modifiable. Trouble de l'association dans les idées. Marche caractéristique; oscillations très considérables dans l'intensité; grande tendance à des rémissions; sidération tenant à un désordre suraigu dans les idées, puis agitation maniaque, stupeur, ou apparence de la démence (démence aiguë); ou

bien encore succession de ces stades. Pronostic favorable, même dans la période de démence. C'est une psychose d'épuisement, peut-être d'origine bactérienne et peut-être y a-t-il plusieurs démences aiguës avec chacune son microbe. — 2° *Folie systématique aiguë.* Se distingue de la folie systématique chronique par l'installation aiguë ou subaiguë des idées délirantes, tandis qu'elles s'installent lentement et progressivement dans la folie systématique chronique. Les idées délirantes sont solides, mais dépourvues de lien, *incomplètement* ou *insuffisamment systématisées* [1], leur charpente manque d'assemblage. L'affectivité conserve son activité. Durée cinq à neuf mois. Issue : guérison fréquente. P. Keraval.

XXVIII. Communications cliniques; par N. Ostermayer. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

1° Folie guérie par un traitement gynécologique. Femme de trente-deux ans; une attaque de mélancolie avec symptômes d'arrêt psychique, consécutive à une endométrite chronique (ulcérations du col). On guérit l'affection de la matrice; la psychose cède. Trois ans plus tard, endométrite chronique, métrite, catarrhe chronique du col et du vagin; désordre dans les idées avec stupeur, angoisse. Guérison de la métrite; la psychopathie disparaît. — 2° Catatonie de Kahlbaum. C'est, dit l'auteur, une forme morbide autonome, indépendante. P. K.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Contribution a la psychologie individuelle; par H. Muensterberg. (*Centralbl. f. Nervenheilk. K.*, NF. II, 1891.)

Déterminer l'équation personnelle, c'est-à-dire les différences individuelles du travail mental ou des impressions qui sont dans des limites normales; établir ainsi des statistiques et, préciser par elles l'influence des occupations professionnelles sur la constitution psychique chez le travailleur, le médecin, le jurisconsulte, le pro-

[1] C'est la légitimation nette de notre traduction des mots *paranoïa Verruecktheit*, *Wahnsinn*, sur laquelle nous avons bien souvent appelé l'attention des lecteurs. (P. K.)

fesseur, le marchand, l'officier ; tel est le but de l'auteur. Il s'est d'abord adressé aux élèves des divers établissements d'instruction, classes par classes, afin de déterminer l'influence des enseignements différents sur l'organisation psychique de l'enfant. Les opérations intellectuelles qui deviennent le sujet de ses expériences portent sur : la lecture de dix mots — l'énonciation des couleurs des objets auxquels ces mots se rapportent — l'énonciation non de l'objet, mais de son espèce — la désignation d'images — la lecture des nombres — l'appel des couleurs — la reconnaissance des figures géométriques avec ou sans analyse, etc., etc. On mesure le temps que demande chez chaque sujet ce travail mental à l'aide d'une montre à déclanchement podalique graduée par centièmes de secondes, ou, quand on est pressé, avec une simple montre à cinquièmes secondes. L'examen d'une seule personne, dans ces conditions, demande près d'une heure; on prend donc des aides de façon à faire des séances de deux heures dans la cour de l'école; en quatorze jours on obtient l'équation de toute une école. Les résultats sont intéressants. Ils seront publiés plus tard. P. Kéraval.

II. Le trajet des fibres dans le nerf optique; par O. Hebold. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Paralytique général atteint d'amaurose de l'œil gauche (atrophie de la papille) pendant les derniers temps de la vie; rétrécissement simultané du champ visuel de l'œil droit à droite. L'autopsie révèle une atrophie du nerf optique gauche dont les fibres sont toutes détruites ; dans le nerf optique droit, deux forts trousseaux sont altérés, et tout autour d'eux, existe une aréole de dégénérescence. On retrouve la dégénérescence dans le chiasma; elle montre que, dans tout nerf optique, il y a des fibres nerveuses qui appartiennent à la bandelette du même côté et du côté opposé, le faisceau direct occupant rigoureusement la périphérie externe du tronc du nerf, de même que dans le chiasma et la bandelette. Le faisceau entrecroisé occupe le centre du nerf optique, et, dans la bandelette, la partie inférieure (ventrale). P. K.

III. Contribution a la question des fibres externes d'association de l'écorce du cerveau ; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

M. Kaes (même recueil, V. *Archives de Neurolog.*, revues analytiques) distinguait dans l'écorce : 1° une couche tangentielle, la plus externe; — 2° une couche intermédiaire; — 3° une couche externe des fibres propres de Meynert sous-corticales, qui s'associent, fusionnent, et coupent par autant de parallèles les fibres verticales de projection. C'est à peu près, dit M. Bechterew, ce que j'ai dit dans l'ouvrage russe

de Lawdowski et Owsjannikow (1887) à propos de la corne d'Ammon. P. K.

IV. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE LA CIRCULATION DU SANG DANS L'ENCÉPHALE PENDANT LES ATTAQUES D'ÉPILEPSIE D'APRÈS LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES DE TODORSKY; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

On rend des chiens et des chats épileptiques, soit en soumettant l'écorce à des courants d'induction, soit en leur injectant dans les veines de la cinchonine, de la cinchonidine ou de l'essence d'absinthe. On les trépane et l'on observe les vaisseaux de la pie-mère; on mesure en même temps la pression dans le cercle artériel de Willis et l'aorte. On voit ainsi que, pendant l'attaque d'épilepsie, la pression monte dans les artères cérébrales, tandis qu'elle diminue dans les extrémités centrales des carotides. Le sang afflue donc au cerveau et en dilate les capillaires. P. K.

V. DU NOYAU EXTERNE DU FAISCEAU CUNÉIFORME DANS LE BULBE; par L. BLUMENAU. — QUELQUES REMARQUES SUR LE NOYAU EXTERNE DU FAISCEAU CUNÉIFORME; par LE MÊME. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Examen du bulbe d'un adulte, d'un nouveau-né et de plusieurs embryons de différents âges. Le noyau externe en question apparaît d'abord à la région bulbaire où le faisceau latéro-cérébelleux direct donne naissance à des fibres arciformes qui gagnent en arrière l'extrémité la plus inférieure du corps restiforme; en cette région, plus profondément, on trouve, notamment contre le noyau interne, quelques cellules ressemblant, par leur grandeur et leur forme, à celles du noyau externe. Ce sont ces cellules périphériques du noyau interne qui en se groupant forment ou plutôt renforcent le noyau externe bientôt supérieur en volume au noyau interne. Plus haut, au-dessus des premiers trousseaux de la racine interne du pédoncule cérébelleux inférieur, le noyau interne disparaît peu à peu, mais totalement, tandis que l'extrémité supérieure du noyau externe peut être suivie jusqu'au plan inférieur de l'émergence de l'auditif. Les cellules multipolaires du noyau externe ont un volume considérable (50 à 80 μ); elles ressemblent fort à celles des colonnes de Clarke dans la moelle dorsale.

En ce qui concerne les relations des cordons postérieurs avec le corps restiforme, c'est le noyau externe du cordon cunéiforme qui les établit avec le pédoncule cérébelleux du même côté; il y a donc une analogie physiologique entre le noyau externe et les colonnes de Clarke. Le premier sert de lien entre les fibres des cordons postérieurs et le pédoncule cérébelleux du corps restiforme; les colonnes de Clarke réunissent les fibres des cordons postérieurs au faisceau

latéro-cérébelleux. Il est même probable que les noyaux du faisceau cunéiforme sont en communication avec le corps restiforme du côté opposé.

La méthode de Golgi (nitrate d'argent) permet en outre de formuler ce qui suit sur le type des cellules et la direction de leurs prolongements.

La plupart des cellules du noyau externe appartiennent au premier des deux types de Golgi. Les prolongements qu'elles émettent, tout en projetant quelques rameaux accessoires, conservent néanmoins leur individualité, ces prolongements s'en vont généralement sur le côté, c'est-à-dire vers le corps restiforme et les fibres arciformes émanées du cordon cérébelleux. On en peut suivre quelques-uns jusqu'à la périphérie externe du bulbe sans cependant pouvoir déterminer leur marche ultérieure. Quelques cellules envoient aussi leurs prolongements en dedans, mais souvent ceux-ci s'infléchissent après avoir parcouru une étendue variable et se rapprochent à nouveau de la périphérie.

Chez un homme atteint d'arrêt de développement du cervelet, on constatait que cet organe était réduit à des fractions des deux hémisphères; l'olive cérébelleuse gauche avait disparu, celle du côté droit était rudimentaire. Les noyaux internes du faisceau cunéiforme étaient bien développés; mais les noyaux externes des deux côtés étaient atrophiés. P. KÉRAVAL.

VI. DES ALTÉRATIONS DES CELLULES NERVEUSES DE LA MOELLE; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Conclusions en partie conformes aux recherches de Friedmann (voy. *Archives de Neurologie*, t. XIX; p. 270; t. XXI, p. 283; t. XXII, p. 132) : *myélite aiguë*.

1° Leurs altérations portent au début sur une portion limitée du corps de la cellule, soit au centre (tuméfaction homogène), la périphérie restant normale; soit au bord du protoplasma (sclérose), le reste de la cellule demeurant sain.

2° C'est le noyau qui résiste le plus, et surtout le nucléole; ces derniers ne sont d'ordinaire atteints que lorsque le corps de la cellule est affecté.

3° Il s'agit d'une dégénérescence partielle des cellules nerveuses entraînant la diminution de fonction. P. K.

VII. LE RÉFLEXE ANAL; SA PHYSIOLOGIE ET SA PATHOLOGIE; par G. ROSSOLIMO. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Chez tous les hommes normaux le sphincter se contracte quand, à l'aide d'une tête d'épingle ou d'une plume, on touche la peau et la muqueuse de l'anus. Le centre de ce réflexe est la troisième ou

la quatrième racine sacrée, c'est-à-dire le cône médullaire. L'excitation transversale de la moelle étudiée chez le chien de la tête à la queue, montre qu'au-dessus du milieu du renflement lombaire le réflexe augmente d'intensité pour disparaître, lorsque l'excitation porte sur la région de la quatrième racine sacrée. Découvrons le renflement lombaire, et sectionnons transversalement la cinquième paire radiculaire postérieure; nous voyons que l'arc réflexe anal émane de la quatrième paire radiculaire sacrée, et de son centre qui siège un peu au-dessus d'elle, c'est-à-dire au niveau de la troisième paire de racines sacrées. Le centre réflexe anal occupe en réalité le milieu des territoires du renflement lombaire qui renferment une série de centres de réflexes des organes du bassin ; il est situé au-dessous de tous les autres réflexes musculo-cutanés connus.

Le réflexe anal est exagéré : chez les neurasthésiques à réflexes cutanés excessifs ; dans la myélite transverse élevée ; quand il y a lésion anatomique du système nerveux accompagnée d'excès des fonctions de sensibilité. Il est diminué ou épuisé : dans la névrite multiloculaire avec ascension au plexus sacré ; chez les tabétiques à altérations viscérales avec anesthésie de la région anale ; dans la myélite du segment inférieur du renflement lombaire. Il reste normal dans les névroses fonctionnelles, de la miction, de la défécation, de l'appareil sexuel. P. K.

VIII. La résistance électro-faradique du corps humain ; par Frey et Windscheid. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Un courant va animer un téléphone ; on en mesure la résistance au moyen d'un pont différentiel compensateur de Wheatstone. Seulement, l'extrémité du fil qui dérive le courant au téléphone est plongée dans un conducteur liquide (gouttière pleine d'une solution de zinc), et le rhéostat est liquide (lame de platine plongeant dans l'acide sulfurique faible). On trouve ainsi que la résistance du corps dépasse rarement 1000 ohms, souvent elle est au-dessus de 500 ohms. Cette résistance tient surtout à la peau ; elle dépend de la dimension des organes traversés, mais est, en soi, des plus constantes. P. K.

IX. Des troubles sensitifs et vaso-moteurs dans la paralysie faciale rhumatismale ; par L. de Frankl-Hochwart. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Soit : vingt cas de paralysie faciale rhumatismale (début brusque sous l'influence d'un courant d'air), légère de gravité moyenne, ou grave (types Erb). Ils se décomposent comme suit :

10 : aucun trouble des nerfs sensitifs ou vaso-moteurs.
3 : trouble simultané. — —
5 : — des nerfs sensitifs seuls.
2 : — — vaso-moteurs seuls.

Dans tous ces cas, il y avait atteinte de toute la moitié de la face, y compris quelquefois aussi la muqueuse des joues et de la langue (analgésie, anesthésie, hypothermesthésie, dont les malades ne s'étaient pas aperçus), bouffissure de la partie paralysée, tuméfaction de la paupière inférieure avec coloration porcelainée; dilatation des vaisseaux avec élévation de la température; tous accidents accompagnant la paralysie. Parfois complications de troubles du goût. Excepté en un cas, ces symptômes disparurent rapidement; il est donc possible que dans les dix cas où ils n'existaient pas, ils eussent disparu avant que les malades ne fussent venus se faire traiter. *Conclusion* : Le facial de l'homme contient des nerfs sensitifs et vaso-moteurs. P. K.

X. Emploi de la méthode de Wolters sur les fibres fines de l'écorce du cerveau; par Th. Kaes. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

A l'aide de cette méthode (*Zeitsch. f. wiss. Mikroskopie*, t. VII), on colore les fibres tangentielles d'une manière à tous égards surprenante. On voit aussi un trousseau de fibres dans l'écorce grise, qui se détache nettement et n'est autre que la couche d'association la plus externe de Meynert. P. K.

XI. Recherches anatomiques sur la marche des fibres de la substance grise centrale des cavités cérébrales et la disparition des fibres nerveuses a myéline des mêmes régions dans la paralysie progressive des aliénés; par H. Schuetz (*Archiv f. Psychiat.*, t. XXII,. 3.)

Chez vingt paralytiques généraux atteints d'immobilité pupillaire réflexe, il y avait intégrité de la partie périphérique de l'arc réflexe (nerf optique, nerf oculomoteur). Le faisceau des fibres longitudinales qui couvre comme d'une calotte le noyau de l'hypoglosse, pour longer plus tard les côtés du pneumogastrique, est un faisceau dorso-longitudinal; à la hauteur du noyau de l'auditif il s'étale en une bande étroite sous le plancher ventriculaire qu'il suit dans toute son étendue. Tant et si bien, qu'au niveau de la substance grise du troisième ventricule, on compte quatre trousseaux de fibres :

1° Le prolongement direct du faisceau dorso-longitudinal, occupe la région de l'infundibulum;

2° Les fibres qui occupent la substance grise centrale des cavités, se terminent dans les noyaux des couches optiques, dans le ganglion de l'habenula, dans le ganglion optique de la base, dans le corps de Luys, dans l'anse du noyau lenticulaire;

3° Le faisceau dorso-longitudinal occupe la substance principale de ces fibres;

4° D'autres fibres atteignent les tubercules quadrijumeaux, la valvule de Vieussens, la commissure postérieure.

C'est à l'atrophie des fibres de la substance grise des cavités qu'il [redacted] si fréquents de tous les muscles de la physionomie qui con[redacted] chez les paralytiques généraux. L'auteur fournit à l'appui de [redacted] observations avec autopsies. C'est une lésion systématique [redacted] non inflammatoire, n'ayant aucun rapport avec les granulations épendymaires. Le développement embryogénique montre aussi qu'il s'agit là d'un véritable système de fibres. Elles demeurent intactes dans la démence sénile, l'alcoolisme chronique, la folie systématique chronique. P. KERAVAL.

XII. UN CAS DE PORENCÉPHALIE ACQUISE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE SECONDAIRE DES FIBRES OPTIQUES ET DU FAISCEAU LATÉRAL DU PÉDONCULE CÉRÉBRAL; par H. KREUSER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat*, XLVIII, 1, 2.)

Cas de ramollissement cérébral ischémique portant quatre ans avant la mort sur le lobe temporal droit, six semaines avant sur le territoire irrigué par la quatrième branche de la sylvienne gauche; enfin, dans l'intervalle, lésion, par poussées, du lobe occipital droit. Dégénérescence secondaire de la moitié latérale du segment le plus postérieur de la capsule interne. Immédiatement en avant de l'extrémité antérieure du corps genouillé externe on voit un faisceau anormal qui gagne le segment latéral du pied du pédoncule cérébral et un autre faisceau, plus gros, qui va directement dans la couche optique et les ganglions nerveux adjacents; dans la capsule interne même, existe, plus en avant, une raie étroite de dégénérescence qui, le long du bord du noyau lenticulaire, peut être suivie jusque près du genou de la capsule. Cette raie, qui correspond à une partie du faisceau pyramidal de Flechsig, aboutit à la masse cicatricielle, dans la région de la capsule externe et de l'écorce de l'insula; en bas, elle ne se sépare pas de l'atrophie latérale, et on la retrouve à l'état de fascicule scléreux dans la pyramide du bulbe. Secondairement, atrophie du pulvinar, du corps genouillé externe, du bras antérieur des tubercules quadrijumeaux, de la substance blanche superficielle du tubercule quadrijumeau antérieur, dégénérescence de la bandelette optique et du nerf optique. M. Kreuser croit que les trousseaux atrophiés de la couronne rayonnante entrent directement dans les ganglions. Atrophie encore plus avancée du corps genouillé interne et des segments latéraux de la couche optique, qui est probablement consécutive à l'atrophie du lobule pariétal inférieur (et de la circonvolution temporale supérieure). La dégénérescence du faisceau latéral du pied du pédoncule cérébral se rattache à la région pariéto-temporale, mais on ne saurait éliminer la participation du lobe occipital. Dans la zone atrophiée du segment le plus postérieur de la capsule, il est impos-

sible de distinguer des fibres optiques les éléments qui établissent une relation avec le trousseau latéral du pied du pédoncule cérébral. P. K.

XIII. Contribution a la connaissance des racines du trijumeau ; par H. de Gudden. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 1, 2.)

Voici une série complète de coupes transverses et perpendiculaires de l'encéphale et du bulbe d'un veau privé de renflement olfactif du côté droit et du nerf trijumeau du même côté. Voici d'autre part l'encéphale et la moelle d'un lapin, chez lequel, aussitôt après la naissance, on avait sectionné transversalement le trijumeau ; on le tua quelques jours plus tard. Ces pièces proviennent de la collection du père de l'auteur de ce mémoire.

La racine motrice du trijumeau prend naissance dans le noyau moteur du même côté; la racine descendante, dans les grosses cellules de la substance grise centrale des ventricules, autour de l'aqueduc de Sylvius. Il faut distinguer les racines descendantes et motrices des racines ascendantes, au moyen du plus fort calibre de leurs fibres nerveuses, ce qui permet de reconnaître que la racine descendante se juxtapose à la racine motrice. Il n'y a lieu ni de confirmer, ni d'infirmer l'idée acceptée par les auteurs de l'entre-croisement partiel de la racine motrice et de la racine descendante, car, du côté altéré, il reste des deux racines encore quelques fibres qui expliquent la conservation totale ou partielle des quelques cellules indemnes et l'existence intégrale des fibres d'entre-croisement. S'il y a des fibres qui s'entre-croisent, en tout cas, il n'y en a que très peu. Les trousseaux de fibres de la racine ascendante prennent probablement leur origine première dans les parties les plus inférieures de la moelle cervicale; la série des coupes commence à la hauteur de la cinquième paire cervicale, et, à ce niveau, la racine ascendante du côté sain a déjà un notable volume. Les fibres émanent de la substance gélatineuse, ou plutôt de la partie latérale de celle-ci, jusqu'au niveau de la deuxième paire cervicale postérieure, puis jusqu'au bulbe, elles naissent, en se multipliant, de son segment inféro-latéral (ventro-latéral); la partie supérieure ou dorsale de cet organe paraît être en relations avec les racines des paires cervicales postérieures; plus haut, vers les centres, la substance gélatineuse est encore le centre de formation des fibres de la racine ascendante. Au surplus, la seconde série des préparations (lapins) montre le rapport pathogénétique entre l'atrophie de la racine ascendante et celle de la substance gélatineuse; bien que le trijumeau ait été lésé entre la protubérance et le ganglion de Gasser, on y trouve l'atrophie des deux organes. P. Kéraval.

XIV. De l'atrophie des fibres dans la substance grise et des processus de division des noyaux dans la moelle sous des influences pathologiques; par Fuerstner et Knoblauch. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Chez l'homme, il est de règle, dans les cas de lésions cérébrales

XVIII. Les corpuscules amyloïdes du système nerveux; par E. Redlich. (*Jahrberch. f. Psychiat.*, X, 1.)

Technique. — Laver les coupes à l'eau, plongez-les dans la solution colorante (hématoxyline alunée, ou hématoxyline acéto-alunée d'Ehrlich), puis dans l'eau additionnée de solution de lithine, montez dans le baume de Damar. Ce sont des sphères ou des ellipses d'un brillant mat, mesurant 12 à 50 μ, dans lesquelles il est parfois permis de distinguer un noyau central et une écorce périphérique, mais jamais de couches concentriques. La solution sulfurique d'iode les colore en bleu foncé; l'hématoxyline les teint en bleu. On les trouve dans la moelle et le bulbe, disséminés parmi les noyaux, dans la couche corticale au sein des gaines des vaisseaux et des cloisons, dans le cerveau au niveau du revêtement des ventricules, et même dans le cervelet. On les rencontre très nombreux dans la bandelette olfactive. Leur nature chimique est inconnue, car ils diffèrent des corpuscules amyloïdes de la prostrate et de la dégénérescence amyloïde commune. Ils résultent de la transformation des noyaux de la névroglie. Leur fréquence coïncide avec l'âge de trente ans; ils ne manquent jamais après quarante ans. Ils n'ont pas de raison d'être pathologique, mais, dans certaines circonstances, ils se multiplient aux endroits malades, lorsque les lésions occupent les régions privilégiées (périphérie des cordons postérieurs, des faisceaux de Goll, etc.). P. K.

XIX. Démonstration a l'actif de l'anatomie pathologique de la paralysie générale progressive; par Binswanger. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Deux observations qui se rapprochent de celles de Zambaco, Westphal, L. Meyer : on y trouve des gommes et des artérites, mais non généralisées; ce sont des résidus de néoplasmes syphilitiques anciens et très limités et non des lésions récentes disséminées sur les méninges et le cerveau. Il n'est pas admissible de rattacher ces altérations spécifiques locales aux altérations diffuses simultanées de l'écorce. C'est une paralysie générale entée sur la syphilis. P. K.

XX. Des altérations de la couche optique dans la paralysie progressive; par G. Zagari. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Lissauer a (dans la *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1890, n° 56) prétendu (neuf observations avec autopsie) que, dans les cas de paralysie générale où l'on constate des symptômes de lésions en foyer, symptômes d'ordinaire brusques et disparaissant souvent bientôt, (aphasie, hémiplégie, paraplégie, troubles sensoriels), on rencontre

à l'autopsie des lésions circonscrites de la couche optique, tandis que cet organe est indemne dans les cas où il ne se produit pas de symptômes semblables. Ces faits sont à rapprocher des rapports établis par Monakow entre l'écorce et la couche optique (dégénérescence de celle-ci à la suite de l'ablation expérimentale de la première). M. Zagari a voulu contrôler cette assertion à l'aide de cinq observations. *Conclusions*. Les couches optiques sont, dans la paralysie générale, souvent le siège d'une altération toute particulière, mais il n'est pas encore possible d'établir avec la précision de Lissauer un rapport entre les symptômes paralytiques aigus en question et ces altérations. P. K.

XXI. De la conscience musculaire de Duchenne ; par A. Pick. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Les individus qui ont perdu les sensations kinesthésiques sont incapables de se mouvoir les yeux fermés. (*Raymond*, *Revue de Médecine*, mai.) — Or, cela est simplement dû à un trouble psychique de l'attention. Chez les hystériques (P. Janet, W. James, Binet) le champ de l'attention est rétréci, comme le champ visuel; cela suffit pour troubler ou arrêter tout à fait la motilité. Ainsi agit l'occlusion des yeux et même des oreilles; ainsi agit le trouble de l'attention. P. K.

XXII. Hypothèse sur la genèse des empreintes mnémoniques des impressions visuelles et des mouvements réflexes; par Noiszewski. (*Centralbl. f. Nevenheilk.*, 1891. N. F II.)

La mémoire des impressions visuelles est le produit d'une empreinte matérielle laissée par un objet sur un sujet, exactement comme la lumière laisse sa trace sur la plaque de la chambre obscure du photographe. Or, pour que cette trace subsiste, il faut qu'il se produise des modifications chimiques, sinon pas de trace. Quelles traces la lumière laisse-t-elle dans l'œil? Les optogrammes sont la résultante de la décomposition de substances explosibles qui laissent après la décharge, des stries ou des plis sur le revêtement corné des fibres nerveuses (cônes et bâtonnets). Etudes de Kuehn, A. Fick, Chodin, Gscheidlen. Sczerbak, Max Schultze, Remak. — Cette substance explosible emmagasinée dans l'enveloppe extérieure de ces éléments donne naissance à toute une série de décharges isolées qui, séparées les unes des autres, suivent le sens de l'axe de l'élément; après chaque explosion, l'enveloppe de l'élément optique forme un pli annulaire qui représente une sorte de raie ou strie : la neurokératine de l'extrémité antérieure du filament étant détruite, il faut qu'il se forme toute une série d'échanges physico-chimiques, etc. Quoi qu'il en soit, cette raie ou strie intra-oculaire est le signe matériel de la mémoire. (Mendel-Meynert.)

Il y a impression unique quand l'action n'a lieu par exemple que sur un cône et, par suite, sur un seul élément nerveux; une impression composée, une image résulte d'une impression qui affecte simultanément les extrémités de plusieurs fibres nerveuses. La force de chaque impression dépend de l'explosion complète ou partielle d'une charge. Si elle n'est que partielle, ce qui reste de la charge empêche l'affaissement de l'enveloppe des fibres nerveuses; la strie ne se produit pas. Une image peut manquer de netteté, c'est-à-dire que son empreinte n'est pas assez épaisse, parce qu'il n'y a pas assez de prolongements nerveux pris dans une explosion commune.

L'action de la lumière produit sur l'extrémité antérieure des bâtonnets et des cônes des filaments optiques une modification qui développe des courants électriques; ils suivent ces éléments jusqu'à la cellule nerveuse du cerveau où, les mêmes conditions physico-chimiques existant, il s'effectue peut-être une explosion qui laisse également après elle une raie sur l'enveloppe de la cellule, c'est-à-dire une empreinte (Wagner, Bidder, Kendrick, Holmgren, Landois, Noiszewski).

Toute image tombant sur la rétine a son centre sur la *macula lutea*. Tout mouvement de la tête produit une nouvelle image déterminant un autre centre. Le premier centre est contigu à la ligne de démarcation de la seconde image. Les images d'ensemble sont la somme des impressions du mouvement des muscles qui pendant un certain espace de temps sont reçues consciemment. Si notre attention se porte ailleurs, il se produit une nouvelle image d'ensemble.

Les empreintes d'impressions simultanées sont contiguës, mais non superposées. Les empreintes d'impressions inégales comme temps sont situées en arrière les unes des autres. Le plus ou moins de ressemblance d'une image avec l'objet dépend du nombre plus ou moins égal de fibres affectées, bien que de nouvelles impressions, même dans les mêmes fibres, occupent toujours de nouvelles parties éloignées. Toute nouvelle impression occupe, non, comme le pense Meynert, une nouvelle cellule, mais seulement une nouvelle partie d'une cellule ou d'une terminaison de fibres nerveuses.

Quand, en présence de plusieurs impressions successives, notre attention se concentre sur une seule et même partie, c'est que cette partie est le foyer de plusieurs images d'ensemble. (Exemple : un cheval, un cavalier à cheval représentant un centaure, etc.) L'animal se meut-il, nous déplaçons notre œil, et, tandis que nous saisissons les détails, nous avons toujours pour pivot du tableau le cheval. Nous recevons ainsi, en deux minutes, près de six cents impressions qui forment six cents aspects dont les linéaments s'imprègnent en nous. Pour fixer la mémoire des impressions, il en faut

la répétition fréquente qui fournit un plus ou moins grand nombre de raies sur une seule et même terminaison nerveuse de l'appareil sensoriel. Cette théorie chimique est applicable à l'hallucination, à la vision par action mécanique. P. KERAVAL.

XXIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHALEUR SUR LES NERFS MOTEURS; par Olga GORTINSKY.

Cette étude avait en vue deux questions :

1° Chaleur comme excitant ;

2° Chaleur comme modificateur de l'excitabilité du nerf.

La méthode choisie consistait à appliquer sur le nerf sciatique isolé (mais non coupé) d'une grenouille la boule d'un thermomètre qui venait d'être chauffée de 25 à 80° C.; la durée de l'application était de une à dix secondes. Le résultat général relatif à la première question, la chaleur est-elle un excitant pour le nerf moteur ? fut négatif.

Pour résoudre la seconde question, la chaleur modifie-t-elle l'excitabilité du nerf? la boule du thermomètre chauffée fut appliquée d'abord au-dessus du point irrité, — le résultat obtenu fut négatif — puis au-dessous du point irrité. Avec ce dernier dispositif on a constaté que sur un nerf frais la chaleur augmentait l'effet des irritations faibles d'induction et des irritations chimiques ; et que sur un nerf moins frais, ou pour des irritations plus fortes, elle le diminuait. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891.)

G. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 31 *octobre* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL.

Les vices du caractère et les folies qui s'y rattachent. Leurs rapports avec les asiles spéciaux. — M. CHARPENTIER, sous le nom de folies du caractère, décrit les fous raisonnants, les fous moraux, les fous persécuteurs. Il examine dans chacun de ces groupes les difficultés que soulève l'acception du mot *caractère*. Il distingue les changements du caractère des troubles passagers tels que la colère et

trouve dans ces sortes de folies 12 signes communs qu'on peut ainsi résumer :

1° L'association fréquente chez un même sujet des trois formes de folie avec prépondérance d'une seule; — 2° la subordination volontaire des facultés intellectuelles avec émotions de nature agréable pour eux, résultant de leurs sentiments ou penchants mauvais fortifiés par l'habitude; — 3° le discernement dans les actes; — 4° le développement fréquent et l'entretien des facultés intellectuelles sous l'influence de leurs sentiments, penchants et vices de caractère; — 5° l'indifférence et l'affaissement de ces mêmes facultés en l'absence des mêmes excitants; — 6° la disposition graduelle des bons sentiments qui pourraient encore exister. L'apparition graduelle de nouveaux vices et de mauvais penchants nouveaux; — 7° la lente évolution de ces vices de caractère depuis l'enfance; le caractère ne change pas; il ne peut que s'accentuer dans son tour vicieux; — 8° leur conduite dans l'asile qui les distingue nettement des autres fous; — 9° leur conduite à l'état libre dans la société; ce qui les distingue des gens sains d'esprit; — 10° la rareté de leur mort dans les asiles : leurs rémissions fréquentes, la rareté de la démence (les causes de leur mise en liberté); — 11° leur rôle capital dans les conversations de séquestration arbitraire; — 12° leur absence de délire contrastant avec leurs propos déraisonnables. Ces signes permettent d'apprécier les rapports de ces individus avec les asiles spéciaux.

Du délire des persécutions. — M. Falret. La discussion qui s'est ouverte ici, il y a quelques années, à propos du délire des persécutions, a engendré plusieurs travaux sur le délire chronique. Je crois assez volontiers que les persécutés, ainsi que cela a été dit ici par M. Briand, cachent assez volontiers leurs idées ambitieuses, alors qu'ils étalent sans trop de difficultés leurs craintes de persécution. Ce point mériterait qu'on revînt sur la question du délire chronique. D'autres aperçus n'ont pas été suffisamment étudiés. Je crois, pour ma part, que la maladie remonte beaucoup plus loin qu'on ne le croit. Souvent elle débute dans l'enfance. Dès l'école ou le collège, les persécutés vivent à part, se lient peu avec leurs camarades et montrent déjà une disposition au soupçon et à la méfiance. Parfois, il faut l'avouer, les premières manifestations du délire n'éclatant que dans l'âge mûr, quelques malades peuvent citer la date précise du début de leur folie. Chez les femmes elle coïncide souvent avec la ménopause.

Le rôle de l'hérédité dans le délire des persécutions devrait aussi être précisé par notre société. Pour quelques-uns d'entre nous, les persécutés n'auraient jamais de stigmates physiques, alors que la clinique semble démontrer le contraire. Quelques auteurs allemands vont même presque à faire du délire chronique une classe à part de la dégénérescence mentale.

Certains persécutés, qui cependant ne sont pas des raisonnants, n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe. L'hallucination ne peut donc pas être dans tous les cas considérée comme caractère différentiel absolu entre les persécutés vrais et les persécutés persécuteurs.

Pour ce qui est de l'hallucination de la vue, on admet généralement qu'elle n'existe pas dans le délire chronique. On pense généralement que les auteurs qui croient l'avoir observée ont pris des illusions de la vue pour des hallucinations. Pour ma part, c'est plutôt une interprétation délirante à propos d'une perception subjective de la vue. Les persécutés vrais sont parfois confondus avec les délirants mélancoliques. Il y a encore là un point de vue très important pour nous à éclaircir.

Les hallucinations de la sensibilité générale sont très fréquentes, tous les auteurs les ont notées; mais ce qu'on sait moins, c'est l'époque de leur apparition. Chez quelques hypochondriaques plus tard persécutés, les troubles de la sensibilité précèdent le délire de persécution proprement dit. D'autres fois, ce phénomène n'apparaît qu'après les hallucinations, c'est-à-dire, à la période d'état de la maladie. L'opinion n'est pas encore fixée sur ce côté de la question.

Il en est de même de la prédominance dans un sexe ou dans l'autre des troubles de la sensibilité générale. Coexistent-ils avec les idées ambitieuses ou les excluent-ils? — Les deux opinions ont été soutenues.

Il serait fort utile de reprendre la discussion pour délimiter le délire des persécutions, ou délire chronique proprement dit, le délire des persécutions des dégénérés, celui des alcooliques et enfin celui des mélancoliques. Je crois qu'une seconde discussion serait aussi fertile en résultats que la première.

Séance du 28 *octobre* 1892. — Présidence de M. Christian.

A propos du procès-verbal, M. Falret insiste de nouveau sur la mise à l'ordre du jour de la discussion sur le *délire des persécutions*.

Patronage des aliénés. — M. Falret dépose sur le bureau le rapport de la *Société de patronage des aliénés indigents* qui fonctionne à Paris depuis près de cinquante ans. Il attire l'attention de la société sur cette œuvre dont se désintéressent aujourd'hui les pouvoirs publics, peut-être parce qu'elle emploie des religieuses. Bien que reconnue d'utilité publique, elle ne fonctionne qu'avec ses ressources privées et secourt un grand nombre d'aliénés.

M. A. Voisin insiste sur les services rendus chaque année par le patronage fondé par Falret père d'abord, puis par Baillarger et auquel s'est dévoué J. Falret. Si la maison de Grenelle qui appartient à l'œuvre est dirigée par des religieuses, c'est, dit-il, par raison éco-

nomique. Il fait l'éloge des sœurs qui font preuve d'un grand dévouement [1].

Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices. — M. Roubinovitch après avoir constaté que la nature de l'hallucination verbale psycho-motrice a été déjà suffisamment établie, se demande quelle est sa valeur clinique et dans quelles formes vésaniques elle s'observe. Il cite d'abord le cas publié par M. Gilbert Ballet [2] où ces hallucinations occupaient une large place dans un délire de persécution à évolution chronique. Il rappelle ensuite le travail de MM. Séglas et Londe qui ont démontré qu'elles sont très fréquentes dans la mélancolie. Il passe alors à l'exposé du cas qu'il a étudié lui-même en collaboration avec M. Zuber, interne à la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme d'un niveau intellectuel faible descendant d'alcoolique, qui, après quelques accidents mentaux très fugaces, a d'abord présenté un véritable accès de délire mélancolique avec idées de culpabilité et plusieurs tentatives de suicide. Plus tard un délire de persécution à évolution systématisée et progressive s'est manifesté. Or, il résulte d'un interrogatoire très minutieux et de renseignements aussi complets que possible que pendant son délire mélancolique, la malade n'a pas présenté d'hallucinations verbales psycho-motrices, et ce n'est qu'à une certaine période de son délire de persécution (période mégalomaniaque) qu'on les voit apparaître et prendre une place tout à fait prépondérante.

En analysant tous les éléments constitutifs de ce cas, l'auteur fait remarquer combien le terrain intellectuel de cette malade est faible et combien la systématisation de son délire porte le cachet de sa débilité mentale; c'est, en effet, une systématisation pauvre, souvent niaise, incohérente; et cependant, l'évolution de son délire de persécution commençant par la période d'inquiétude, traversant la seconde phase, entrant ensuite dans la phase mégalomaniaque, paraît presque calquée sur la description classique; de sorte que, à tout prendre, cette observation représente un cas typique de ce que Krafft Ebing a décrit sous le nom de *paranoïa* dans sa forme primitive ou de ce qui en France est connu sous le nom de *délire de persécution systématisé des dégénérés.*

M. Roubinovitch insiste surtout sur le fait que sa malade présente à un très haut degré le phénomène d'hallucinations verbales psycho-motrices et le dédoublement de la personnalité qui en est la conséquence naturelle.

[1] M. A. Voisin invoque un mauvais argument. Dans la très grande majorité des hôpitaux de France, le service serait fait plus économiquement par les laïques que par les religieuses. (B.)

[2] G. Ballet. — Leçon à l'hôpital Saint-Antoine. (*Semaine médicale,* 1891.)

Ces hallucinations étaient totalement absentes au cours d'un délire mélancolique que la même malade a eu auparavant, et l'auteur demande si leur apparition, à une certaine phase de son délire de persécution, est une simple coïncidence ou si elles sont plus intimement liées à la genèse de ce délire.

M. Falret fait remarquer que la communication de M. Roubinovitch vient à propos pour démontrer combien il serait opportun de discuter les questions relatives aux différents délires de persécution.

M. Garnier ne voit pas sur quelles bases M. Roubinovitch étaie son diagnostic de psychose à évolution systématique et progressive; car le fait seul de l'existence de plusieurs accès délirants antérieurs au délire de persécution est contraire à la possibilité de cette psychose.

M. Arnaud demande si l'accès de mélancolie a été séparé du délire de persécution par un intervalle de santé et quel est en tout cas l'âge de la malade.

M. Roubinovitch. Trente-deux ans.

M. Charpentier voudrait savoir pourquoi l'auteur fait de sa malade une dégénérée et ce qu'il entend par le terme de dégénérescence mentale.

M. Ritti exprime l'hypothèse que le cas de M. Roubinovitch mériterait plutôt la dénomination de paranoïa secondaire.

M. Vallon pense que le délire de persécution était, dans ce cas, secondaire à la mélancolie.

M. J. Séglas. Envisagées dans les délires de persécution, les hallucinations verbales psycho-motrices ont, suivant la forme clinique du délire une valeur séméiologique différente. Dans le délire des persécutions à évolution systématique, elles apparaissent tardivement, après les hallucinations sensorielles et peuvent rester à un plan effacé. Chez d'autres persécutés, elles peuvent n'être qu'épisodiques ou même faire totalement défaut.

Dans certains cas, elles sont précoces et semblent être un symptôme saillant de la maladie. Par leur aspect clinique général, ces derniers, difficiles à ranger dans les catégories habituelles, mériteraient peut-être une description à part.

Un fait capital est la prédominance excessive des troubles psychomoteurs, hallucinations motrices verbales et communes, impulsions ou phénomènes d'inhibition, les troubles de la sensibilité profonde et viscérale sont aussi très marqués : on peut rencontrer des hallucinations génitales et des hallucinations visuelles, les hallucinations auditives sont plus effacées ou même manquent.

Ces différents désordres sont interprétés d'une façon spéciale.

Au premier abord, on croit avoir affaire à des idées de persécution, assez systématisées. Mais, il est à remarquer qu'elles ont une teinte mystique particulière, traduisant en quelque sorte la contrainte éprouvée par la malade ; par leur couleur et leur fondement psychologique, elles se rapprochent beaucoup des idées de possession, si fréquentes jadis.

A côté d'elles, on peut voir parfois des idées de nature mélancolique, culpabilité, damnation... Mais il est à noter que les troubles émotionnels primordiaux de la mélancolie font défaut, et s'ils existent, ne sont que des épisodes réactionnels sous le coup des idées délirantes, à l'inverse de ce qui a lieu dans la mélancolie.

Puis apparaissent d'autres idées délirantes, de nature très diverse. Tantôt les malades regardent les symptômes de possession comme une faveur (*Dieu parle par leur bouche*, etc.) et formulent des idées de grandeur. D'autres, au contraire, accusant de plus en plus l'atteinte portée à leur personnalité individuelle, arrivent à un véritable délire de négation différant du type de Cotard.

Dans ces cas, tantôt l'on a affaire à des sujets jeunes, ils rentrent alors dans la classe si vaste des dégénérés. Chez eux, au lieu d'une évolution anormale, l'anomalie se présente sous la forme d'une dissociation psychique rapide. D'autres fois, ces troubles psychiques se présentent à un âge plus avancé, à la ménopause, par exemple. Au lieu d'un vice d'évolution, ils semblent marquer le début d'une involution précoce; d'ailleurs les derniers malades présentent souvent des signes physiques de sénilité.

Ces faits diffèrent donc et de la mélancolie et des diverses formes habituelles des délires de persécution. Ils constituent peut-être entre ces maladies mentales comme un groupe mixte de transition, et me semblent assez comparables aux faits envisagés par Kroepelin dans la description de son *depressiver Walmdim.*

M. Christian. Il ne me semble pas démontré que le malade ait eu de la paranoïa. Jusqu'à vingt-quatre ans cette femme va bien, dit-on ; puis surviennent les accidents et aujourd'hui elle serait guérie. Il ne me paraît pas que la guérison soit très complète, puisque la malade, nous l'avoue M. Roubinovitch, ne se trouve bien nulle part. De plus, il est admis que dans le délire chronique, les hallucinations de la vue n'existent pas. M. Roubinovitch les a notées chez sa malade. Je rangerais donc plutôt cette observation dans les délires mystiques avec accidents hystériques.

M. Charpentier. Je ne pense pas qu'il s'agisse ici du délire de persécution vrai. Si les illusions sensorielles accompagnées d'interprétations délirantes ont précédé la systématisation du délire, les hallucinations psycho-motrices verbales l'ont suivie.

Je ne pense pas davantage à un délire de persécution chez une dégénérée. Si les terreurs nocturnes et le délire d'emblée devien-

nent maintenant la caractéristique de la dégénérescence, nous n'aurons plus alors en médecine mentale d'autre maladie que la dégénérescence. D'ailleurs, folie des dégénérés est un terme que, pour ma part, je n'accepte pas et que je n'emploie jamais.

M. Roubinovitch répond d'abord à M. Falret en le remerciant d'avoir bien voulu constater l'opportunité et l'intérêt de cette communication. Reprenant ensuite les différentes objections, il cherche à établir que le délire de persécution de sa malade présente une systématisation toute spéciale, grâce au terrain de débilité mentale sur lequel il s'est développé et que c'est justement à cause de ce terrain que la physionomie, de ce délire à évolution systématique et progressive, est toute autre que celle de la psychose connue sous le nom de « *délire chronique* ». S'il fait de sa malade une « dégénérée », c'est parce qu'elle a présenté à différentes reprises des bouffées et des accès délirants complètement séparés les uns des autres par des intervalles de santé. Quant à vouloir considérer cette affection comme un cas de « paranoïa secondaire », l'hypothèse lui semble difficile à admettre, à cause de l'intervalle de santé qui sépare l'accès de mélancolie du délire de persécution. Il se range plutôt du côté de l'opinion de M. Séglas. En tout cas son observation est difficile à classer dans les classifications actuelles.

Séance du 26 décembre 1892. — Présidence de M. Th. Roussel.

M. Ritti, *secrétaire général*, donne lecture d'une lettre de M. Catzaras en réponse à M. Charpentier qui s'est défendu, dans la dernière séance, d'admettre l'existence de la folie des dégénérés. M. Catzaras rappelle que MM. Magnan et Schule ont démontré que la désharmonie des facultés intellectuelles est bien la caractéristique de la dégénérescence mentale. Il y a en conséquence lieu, selon lui, de maintenir la folie des dégénérés dans la nomenclature des psychoses.

Elections. — Le bureau est ainsi constitué après élections : *Vice-président :* M. A. Voisin ; *Secrétaire général :* M. Ritti ; *Trésorier :* M. J. Voisin ; *Secrétaires annuels :* MM. Semelaigne et Sollier.

Marcel Briand.

XXIIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST.

SESSION DE KARLSRUHE.

Séance du 7 novembre 1891[1]. — PRÉSIDENCE DE M. LUDWIG.

M. SCHŒNTHAL. *Du désordre dans les idées hallucinatoires aiguës.* — Début soudain ; à peine un court stade prodromique, impétuosité des accidents, hallucinations profuses, confusion complète dans les idées, obnubilation de la connaissance, fréquence de l'agitation, Tel est l'ensemble symptomatique. Ce qui prime, l'élément qui domine, c'est le désordre dans les idées qui déconcerte le malade ; son humeur, mobile, au gré des hallucinations et des idées délirantes qui dépendent également de ces dernières, est tantôt anxieuse tantôt joyeuse. Il en est de même de son allure. Dans les cas graves, il se produit soit une agitation intense qui témoigne de l'hyperexcitabilité impulsive du système nerveux, soit un affaiblissement progressif avec exagération des réflexes, tremblements, émaciation albuminurie, élévation thermique, insomnie et troubles vaso-moteurs ou trophiques qui constituent le syndrome d'une déchéance inquiétante. La maladie se termine par la guérison (dans ce cas, elle passe généralement par une phase qui rappelle la démence aiguë), par la mort ou par le passage à l'état chronique du reste lui-même curable. Il n'est pas rare de la voir se compliquer de manie (qui est elle-même un élément favorable) et de stupeur. Elle se distingue de la manie par la soudaineté des accidents et leur impétuosité. La manie a généralement un début graduel, un stade prodromique de dépression, puis le malade devient gai ou, s'il a des périodes de tristesse, celles-ci ne sont que passagères. Chez nos malades au contraire la mobilité d'humeur dépend de la multiplicité et de la variabilité des hallucinations. Dans la folie systématique aiguë, on constate une organisation dans les idées délirantes que le malade s'attache à enchaîner par un raisonnement aussi logique que possible ; dans le désordre aigu des idées, au contraire, les idées délirantes, incohérentes, témoignent du trouble profond de la connaissance déjà signalé. Le désordre aigu dans les idées est une psychopathie due à l'épuisement du système nerveux par le surmenage physique, l'anémie, les maladies somatiques, les hémorrhagies et surtout la puerpéralité. Par conséquent, le traitement est inscrit dans l'étiologie.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, XXIIe congrès, t. XXII, p. 280.

Discussion : M. Schuele. Il faut tenir compte non seulement de l'obnubilation de la connaissance, mais de l'affaiblissement de l'aperception consciente. La guérison s'annonce souvent par des crises physiques (éruption de furoncles, entérites catarrhales, retour des règles).

M. Ludwig. Le trouble de la connaissance est un phénomène secondaire ; il résulte de la multiplicité des hallucinations.

M. Schuele. *Communication casuistique.* — Il s'agit d'une hystérique de quarante-quatre ans, atteinte de mélancolie avec idées de culpabilité qui déroba une sonde œsophagienne, se l'introduisit dans le nez et l'avala dans un but de suicide : elle meurt dix-huit jours plus tard : perforation stomacale de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large entre la grande courbure et le cul-de-sac du cardia.

M. Fuerstner. *De la névrite périphérique dans la paralysie générale.* — Voici deux observations personnelles de paralysie générale typique. On constate dans le premier cas une lésion des cordons latéraux, dans le second, une altération des cordons postérieurs. Dans le premier cas, il existait une paralysie du grand dentelé droit, avec réaction dégénérative ; dans le second cas; c'était une paralysie des péroniers (réaction dégénérative). L'examen anatomique des muscles du premier malade a permis de découvrir, en outre, des altérations musculaires, une atrophie très prononcée des fibres nerveuses, dissociation de la myéline, tuméfaction des cylindraxes, prolifération interstitielle des plus accusées ; intégrité du plexus et de la substance grise.

Discussion : M. Binswanger traite un jeune homme qui, atteint d'une fièvre typhoïde grave, dut pendant, un an, rester les genoux étendus. Une paralysie des péroniers s'ensuivit.

M. Wildermuth raconte l'histoire de deux malades atteints d'*épilepsie*, et traités *par la méthode chirurgicale de M. Burckhardt.* La première observation a trait à un homme de dix-neuf ans, qui présente au niveau du pariétal gauche une dépression osseuse remontant à une application de forceps. Cette dépression est limitée en avant par la suture coronaire, en haut, elle arrive à 3 centimètres de la suture sagittale, elle a le diamètre d'une pièce de deux francs. On applique en cet endroit une couronne de trépan, on enlève une plaque de méningo-encéphalite du diamètre d'une pièce de un franc, qui correspond à peu près au bord médio-antérieur de l'ascendante ; on trouve à ce niveau une sorte de kyste séreux que l'on crève et qui fournit de la sérosité pendant neuf jours consécutifs. Il ne se produit ultérieurement qu'un prolapsus cérébral passager ; réunion par première intention sans fièvre. Guérison complète et définitive. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille du même âge devenue épileptique à la suite d'une contusion de la région fronto-pariétale

gauche. On lui ouvre le crâne; on tombe sur le sillon de Rolando ; on enlève une plaque de méningite qui laisse à découvert le pied de la pariétale ascendante que l'on résèque. Le traumatisme guérit sans accident. Dans les quelques jours qui suivent, il se produit un peu d'aphasie, de la paraphasie, une phase d'excitation maniaque, de la paralysie du bras; puis tous ces phénomènes disparaissent. Et la maladie reste guérie.

Discussion : M. Ludwig. — C'est très beau, mais attendons encore avant de nous prononcer définitivement.

M. Fuertsner. — A côté de ces cas, il y en a d'autres dans lesquels on ne trouve pas de lésions dans l'écorce ni au-dessous. Il serait bon aussi de publier les observations défavorables.

M. Kirn. — En tout cas, on voit que l'intervention chirurgicale n'est par elle-même point dangereuse. Il convient maintenant, par la pratique, d'arriver à poser des indications.

Séance du 8 *novembre* 1891. — Présidence de M. Schuele.

Les questions suivantes seront traitées pour le prochain congrès par les maîtres dont voici les noms.

1° *De l'indication et du mode d'emploi de l'hydrothérapie dans des états d'agitation psychique.* Rapporteurs : MM. Fuerstner et Feldbausch.

2° *De l'installation intérieure et du nombre indispensable des cellules dans un asile.* Rapporteurs : MM. Ludwig et Kreuser.

La prochaine session aura lieu à Karlsruhe. Sont chargés de l'organisation MM. Stark et Fischer.

M. G. Ilberg. *De l'infusion sous-cutanée de chlorure de sodium chez les aliénés sitiophobes en état de collapsus.* Mémoire publié.

Discussion : M. Schuele. — Cette pratique est précieuse quand il est impossible d'exécuter l'alimentation forcée ou quand cette dernière est contre-indiquée.

M. Vorster. *Sur un cas d'hémianesthésie cérébrale.* — Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui, à la suite d'un ictus, présenta de la paralysie de la motilité et de la sensibilité dans la moitié gauche du corps, avec amaurose des deux yeux. Les accidents moteurs et sensitifs cédèrent en peu de jours presque complètement. L'amaurose fut, quatorze jours après l'ictus, remplacée par une hémiopie gauche. En même temps, cécité psychique et achromatopsie, puis apparurent des hallucinations de la vue qui déterminèrent le syndrome du désordre dans les idées hallucinatoire aigu. Quelques mois plus tard les troubles intellectuels disparaissaient à leur tour. On constata alors de l'hémiopie du côté gauche compliquée d'hé-

miopie droite incomplète homonyme. Les deux moitiés droites du champ visuel étaient affectés d'une anopsie pour le blanc distante de 40° du point de fixation : la même anopsie n'était distante que de 10° du point de fixation pour les deux moitiés gauches du champ visuel. Rien à l'ophtalmoscope.

L'amaurose des premiers temps tenait évidemment à une hémiopie bilatérale complète absolue, homonyme. Puis celle-ci se transforma en une hémiopie bilatérale incomplète, que l'on put suivre du centre à la périphérie dans les moitiés droites et gauches du champ visuel. De là l'opinion qu'il y avait une lésion autochtone des trousseaux optiques, situés en arrière du chiasma. L'existence de la cécité psychique indique la bilatéralité de la lésion, car il n'y a que des altérations bilatérales des lobes occipitaux qui puissent produire de la cécité psychique. Quant à la transformation des troubles centraux de la vue en hallucinations visuelles pressées et impérieuses, elle indique qu'il s'agit de symptômes de lésions en foyer.

Discussion: M. SCHUELE partage complètement l'avis de M. Vorster, mais l'atteinte profonde de la connaissance le ferait pencher pour un ramollissement cortical (superficiel) du lobe occipital empiétant sur le lobe temporal; il y croirait plutôt qu'à un foyer du centre ovale partant du centre optique du lobe occipital et intéressant les fibres qui, parties de ce lobe, vont à la capsule interne.

M. KREUSER. *De la sensibilité à la pression des sutures craniennes.*— Chez la plupart des individus sains ou malades, quand on comprime légèrement avec le doigt les sutures craniennes, on détermine une sensation toute particulière, différente de celle que l'on obtient en exerçant une compression identique en d'autres points du crâne, impression désagréable, aiguë, ressemblant à une démangeaison pénétrante, qui dure plus longtemps que la sensation provoquée par la compression d'autres régions craniennes. Chez les malades atteints d'affections cérébrales chroniques, la sensibilité des sutures est plus fréquemment émoussée que chez les individus sains. Par contre, chez les sujets affectés de processus intra-craniens aigus, cette sensibilité est exagérée, elle atteint même le degré d'une douleur intense, il existe des différences entre les deux côtés d'une suture et l'on constate des irradiations à d'assez grandes distances : l'ensemble de ces phénomènes ne s'observe pas chez les gens bien portants. Mais avant d'établir une description systématique, et d'en tirer des conclusions diagnostiques, il convient de procéder à un plus ample examen. Quoi qu'il en soit, ce mode d'exploration permet de mettre en évidence la céphalalgie latente et de préciser les caractères des douleurs céphaliques, en les rattachant à des troubles de la circulation.

La sensibilité spéciale des sutures craniennes doit être transmise

par les nerfs qui appartiennent à la dure-mère, car cette membrane adhère aux sutures et communique, par un mécanisme qu'il convient de rechercher pour chaque individu (car il doit y avoir à ce sujet des variations personnelles), avec l'épicrâne et le périoste externe. Faute de preuves anatomiques, nous invoquerons, à l'appui de cette thèse, l'irradiation de la sensibilité douloureuse en sens inverse du trajet des nerfs de la peau de la tête, et dans le sens des filets dure-mériens, leurs relations constatées entre les symptômes ou les maladies du cerveau. Ainsi, quand il existe des troubles de la circulation intra-cranienne, qui gênent le dégorgement veineux des sinus, il se produit des douleurs céphaliques, par compression de la dure-mère ou plutôt par compression des sutures voisines.

Ce mécanisme physiologique a à son actif l'action pathologique des cicatrices consécutives aux plaies pénétrantes du crâne. Leur action pathologique est encore plus rapide quand elles ne siègent que sur l'épicrâne, mais dans la région des sutures craniennes. L'auteur cite cinq observations de psychopathies dues à de simples lésions de l'épicrâne en ces points. Il conclut que les sutures doivent être palpées avec le plus grand soin, car elles constituent un *locus mimoris resistentiæ*.

Discussion : M. Kern. — La découverte de M. Kreuser enrichit la séméiologie somatique de la psychiatrie notamment au point de vue médico-légal. Mais c'est un chapitre à créer de toutes pièces.

M. Wildermuth. — L'usure du crâne par les corpuscules de Pacchioni joue peut-être bien un rôle important dans la sensibilité en question. Qu'on se rappelle ces observations dans lesquelles de petits épanchements sanguins dans l'épaisseur des os du crâne ont nécessité l'intervention chirurgicale pour débarrasser les malades de céphalalgies intenses.

M. Schuele. — C'est aux autopsies qu'il faut demander si réellement la dure-mère joue, comme je le crois moi-même, un rôle dans les symptômes cliniques mis en évidence. La sensibilité des sutures servirait alors à diagnostiquer une pachyméningite externe; elle permettrait aussi de se rendre compte des variations de volume intermittentes du cerveau. Cet organe, par son expansion tiraillant la dure-mère, engendrerait ainsi l'hypersensibilité des sutures craniennes.

M. Kreuser. — Ce mécanisme ne serait admissible qu'en ce qui a trait à la suture sagittale. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVIII, 6.)

P. Keraval.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE MOSCOU ;

Séance du 17 janvier 1892.

I). M. le Dr A. Egarow. *Contribution à la symptomatologie des psychoneuroses.* — 1° N..., paysan, vingt-cinq ans. Plaintes : douleur et sifflements dans l'oreille droite, vertige et maux de tête. Pas d'antécédents héréditaires. *Abusus spirituosorum.* Depuis quatre ans, excitations paroxystiques avec hallucinations, état mélancolique, dégoût de la famille. Cet état a empiré depuis une maladie intercurrente. L'examen du malade constate une anesthésie dissociée d'intensité différente, disposée avec beaucoup de symétrie sur une partie de la tête, du tronc et des extrémités ; quelques petites plaques hypéresthésiques, d'autres régions assez grandes de la peau ne présentent aucun trouble de la sensibilité. Le champ visuel est rétréci surtout du haut en bas. Si l'ouïe gauche est bouchée, il entend les paroles sans les comprendre. Le goût est presque aboli. — Au bout de trois semaines, les troubles de la sensibilité disparurent, l'ouïe est devenue normale, le champ visuel s'est élargi, les accès d'excitation sont moins forts. Diagnosis : hystérie plus psychose *ex abuso spirituosorum.* Surdité verbale fonctionnelle de l'oreille droite.

2° H... (L.-D.), trente-deux ans, alcoolique. Plaintes : douleurs intenses dans le visage et les extrémités. Hypéresthésie cutanée d'intensité diverse et distribuée en segments sur tout le corps en laissant intactes des grands espaces, Ces régions hypéresthésiques au pincement sont analgésiques à la piqûre et aux excitations électriques et thermiques. Troubles vaso-moteurs stabiles de la peau. Augmentation de l'excitabilité électrique des nerfs. Phénomène facial. Anesthésie du pharynx. Diagnosis : la combinaison d'un état tétanoïde avec l'hystérie qui est cause de cette coexistence paradoxale de l'hypéralgésie au toucher avec l'analgésie à la piqûre.

Discussion : Le professeur Korsakow croit que l'auteur en employant le mot « psychoneurose » peut donner lieu à un malentendu, vu que ce mot a déjà une signification très précise et s'emploie dans la psychiatrie pour déterminer tout un groupe de maladies mentales.

II). M. le Dr Darkchewitch. *Sur les altérations de la partie centrale d'un nerf moteur après lésion de sa partie périphérique.* — Une

série d'expériences faites par l'auteur sur des cobayes lui impose la conclusion suivante : une lésion d'un nerf moteur cranien, aussi bien que d'un nerf mixte spinal — si une restitution *ad integrum* est impossible—est suivie d'une dégénérescence des fibres du bout central et des cellules dont ils proviennent. Expérience première : le nerf facial d'un cobaye adulte est arraché; six semaines après, l'animal est tué, le cerveau est durci dans le liquide de Muller et traité par le liquide de Marchi, on en fait ensuite une série de coupes continue. L'examen microscopique de ces coupes démontre que la racine du nerf lésé contient, sur tout le trajet depuis l'entrée dans les centres nerveux, jusqu'au noyau beaucoup de masses noires caractéristiques pour les fibres ayant leur gaine de myéline atteinte; l'examen du noyau du facial (picro-carminé) démontre une atrophie importante de ses cellules. Dans d'autres expériences au lieu d'arracher le nerf facial on employait la ligature ou bien on en excisait un morceau assez grand pour rendre impossible la régénération du nerf. A l'examen on constate autant dans la racine que dans le noyau du facial les mêmes lésions, l'atrophie des cellules était pourtant un peu moins prononcée. Les expériences du même genre sur l'hypoglosse donnèrent des résultats identiques. Autant pour la lésion des nerfs spinaux mixtes (n. ischiadicus). — Sont atteintes les fibres des racines antérieures et les cellules des cornes antérieures des parties correspondantes de la moelle. Le rapporteur pense que ces expériences ont une certaine portée pratique. Ainsi, les différents modes de terminaison des neurites et surtout de la neurite qui détermine la paralysie du facial s'expliqueraient par les lésions consécutives des éléments cellulaires des centres nerveux. On pourrait invoquer ces mêmes lésions pour expliquer la pathogénèse au moins de certaines formes des atrophies musculaires, surtout de l'atrophie musculaire progressive neurotique (type péronéal).

Discussion : M. le Dr Rossolimo rappelle à ce propos les expériences de Mme Tarnovsky sur l'extension et l'arrachement du nerf sciatique suivies de lésions des parties centrales (substance grise de la moelle) et pense que dans les expériences du rapporteur il n'y avait pas de dégénérescence walérienne proprement dite.

M. le Dr Dornschewitcth est d'avis que le bout central des fibres est atteint de dégénération consécutivement à une altération des cellules de la substance grise.

M. le professeur Kajewnikow. — Les recherches du rapporteur offrent un grand intérêt clinique. Elles prouvent entres autre qu'au cours d'une neurite multiple peuvent survenir consécutivement des lésions de la moelle; en dehors, bien entendu, de ces cas bien connus il existe une lésion simultanée de la moelle et des nerfs provoquée par une cause commune.

III). M. le Dr Idnow. *Contribution à l'étiologie des psychoses puerpérales.*— Les causes des psychoses puerpérales dans les trente-trois cas observés par le rapporteur sont diverses. Pour ce qui est des causes prédisposantes la plus grande importance revient aux antécédents héréditaires (56 p. 100) et aux premières couches (45 p. 100). Quant aux causes déterminantes, il faut ranger en première ligne l'infection, dont le foyer peut être non seulement l'utérus, mais aussi différents autres organes (les reins, les intestins, etc.); il y a des malades qui ont des foyers d'infection multiples. Dans les observations du rapporteur l'infection figure dans 70 p. 100 des cas. La seconde place revient au choc moral; dans 27 p. 100 des cas, le rapporteur invoque les influences morales comme cause de la maladie. En plus, cette cause est notée dans beaucoup d'observations simultanément avec l'infection (sur trente-trois cas d'infection, dans treize cas sont notées des violentes secousses morales).

Discussion : M. le Dr Rott attire l'attention du rapporteur sur les modifications du chymisme du sang chez les femmes en couches et enceintes. Il est vraisemblable que dans ces conditions, il peut avoir lieu une agglomération de toxines dans le sang en dehors de tout processus pathologique.

M. le professeur Kaorsakow serait plutôt d'avis que la similitude du tableau clinique de la maladie dans les différents cas indiquerait qu'il s'agit ici d'un seul et même poison, qui se produirait dans le système nerveux sous l'influence des causes différentes parmi lesquelles peuvent être rangées aussi les émotions violentes Ce sont les modifications chimiques du sang, les modifications de la circulation lymphatique de la métamorphose, les rétentions dans l'organisme de ses produits, etc., qui en dernier lieu doivent être mises en cause.

M. le Dr Idnow se range à l'avis du professeur Korsakow et invoque à l'appui les travaux de Tudichum.

Séance du 21 *février* 1892.

M. le Dr Miner fait voir une malade et donne son observation sous le titre: *Lésion traumatique de la moelle et de l'épine dorsale.*— La malade a cinquante-cinq ans. Ni lues, ni tuberculose dans les antécédents. Est tombée d'une hauteur de 2 mètres sur un objet dur, le coup a porté sur la partie cervicale; après cette contusion se développe le tableau clinique d'une myélite *ex compressione* (à évolution lente). Tout de suite après la contusion le cou est devenu rigide; dans la région du 4-5 processus épineux on constate une saillie dure et osseuse. Douleurs intenses dans le cou

et les bras, s'exacerbant pendant les mouvements. Parésie très prononcée des mains et des pieds. Pendant les quatorze mois qui suivirent, la parésie des mains allait en augmentant, des atrophies prononcées se développent dans les petits muscles du poignet. La malade ne peut plus marcher, elle ne peut même presque pas lever ses jambes dans son lit; rétention d'urine continue (cathétérisation journalière), des décubitus vont se former. Les réflexes tendineux sont très exagérés. La sensibilité est presque intacte. Toutes les méthodes thérapeutiques ayant échoué et vu les prières intstantes de la malade, le Dr Minor se décide à une intervention chirurgicale et notamment à l'ablation d'une ou deux arcades vertébrales. M. le professeur Bobow veut bien se charger de l'opération. M. le Dr Minor se propose de tenir la Société au courant de l'histoire de cette malade.

Discussion : M. le professeur Bobarow se prononce contre une luxation et pour une fracture dans la région des vertèbres cervicales.

M. le Dr Roth fait observer qu'il est difficile, dans le cas présent, d'affirmer qu'il ne s'agit pas ici d'un simple mal de Pott, la malade en offrant tous les symptômes. M. le Dr Karnilow se range de cet avis et conseille d'essayer dans le cas présent la méthode de suspension prolongée qu'il a inventée et employée avec succès dans deux cas de la maladie de Pott. Le malade est assis dans son lit, on ne lui met qu'un collier sur lequel on fait peser un poids de huit à 25 kilogrammes au moyen d'une corde qu'on jette sur un bloc. Les séances durent de trois à quatre heures tous les jours. M. le Dr Minor riposte que dans les cas de ce genre c'est au chirurgien que revient la décision dernière; quand même il s'agirait ici d'une maladie de Pott il ne croit pas que cela constituerait une contre-indication.

II). M. le Dr Mouratow. *Un cas de paralysie ascendante de Landry.* — Paralysie des quatre extrémités, des muscles du tronc, du diaphragme; phénomènes bulbaires très prononcés; hypéresthésies, douleurs le long des nerfs, en un mot tout le syndrôme des symptômes neuritiques. Ce cas offrait les particularités suivantes : 1, nystagmus; 2, pupille droite élargie; 3, réflexes patellaires exagérés, avec trépidation spinale. L'auteur explique 1, le mydriasis par un réflexe du plexus bronchialis sur les rami communicantes du sympathique et 2, l'exagération des réflexes tendineux par l'hypertonie des grandes cellules de la moelle provoquée par l'irritation des nerfs centripètes. Le malade a guéri.

Discussion : M. le Dr Netchaiew rappelle à ce propos l'opinion de Roux qui considère la paralysie de Landry comme une forme de la rage paralytique qu'on ne croyait propre qu'aux animaux, chez l'homme.

M. le D[r] Minor, à propos des symptômes spinaux constatés dans l'observation du D[r] Mouratow émet l'opinion qu'il est dans certains cas indispensable d'admettre la coexistence de deux processus morbides — l'un spinal, l'autre périphérique. Il cite à ce propos son observation d'un malade qui, étant syphilitique et alcoolique, offrait les symptômes du tabes et de la paralysie alcoolique. L'étiologie complexe de la maladie donnait une explication suffisante de ce syndrome combiné. M. le D[r] Rassolimo se refuse d'accepter comme prouvée l'explication du D[r] Mouratow sur l'origine réflexe du mydriasis, d'autant plus que le rapporteur n'a pas obervé de douleurs dans le plexus brachial.

III). M. le D[r] Repmann. *Le principe des machines dynamo et les oscillations du courant. Machines dynamo à phases multiples.* — Ce rapport n'offre qu'un intérêt technique tout à fait spécial.

Séance du 20 *mars* 1892.

I. M. le D[r] G. Rossolimo. *Sur l'hystérie simulant la gliomatose médullaire.* — Il présente à la société une jeune fille de vingt ans, qui, depuis dix-huit mois, eut six rechutes du même complexe de troubles du système nerveux. Les rechutes se suivirent à intervalles à peu près égaux. La dernière rechute, la plus longue, débuta au mois de septembre 1891 et cessa le 10 mars 1892. La malade, lingère de profession, à antécédents héréditaires prédisposants, présentait à la fin de janvier, lors de son entrée à l'hôpital : les deux mains en griffes (parésie des muscles interosseux), la parésie était particulièrement marquée aux petits doigts et aux doigts annulaires ; affaiblissement des muscles extenseurs de l'épaule, — plus marquée à gauche ; analgésie complète, thermanesthésie et faible hypoesthésie des poignets ; diminution du sens musculaire des deux derniers doigts ; enfin les traces d'une profonde brûlure au segment inférieur de l'avant-bras, que la malade s'est faite, sans s'en apercevoir, il y avait trois jours. L'état de la malade s'améliora très vite à l'hôpital, surtout après chaque séance de suggestion hypnotique, qui furent au nombre de trois. Le rapporteur se base sur les symptômes observés, améliorés à la suite d'une thérapie hypnotique, sur l'apparition régulière des récidives à intervalles complètement clairs et pense expliquer tout le complexe des troubles, simulant la gliomatose médullaire, par l'hystérie, il considère ce cas, comme appartenant au groupe des troubles hystériques, qui se distingue par l'absence des stigmates bien connus, et dit — *monosymptomatique*. M. le D[r] Rossilimo tire de cette observation la conclusion suivante : la syringomyélie, d'origine hystérique, doit avoir des particularités si distinctes, que l'idée de cette dernière doit être complètement excluse dans les cas publiés de simple gliomatose médullaire.

Discussion : M. le Dr W. Roth est d'accord sur le diagnostic du cas rapporté, mais il rappelle que dans la gliomatose médullaire on peut de même observer des améliorations, des oscillations par rapport au degré de l'analgésie, par exemple.

D'autre part, il a vu chez des hystériques, des modifications stables de la sensibilité, à type syringomyélique. Les auteurs français ont mis en doute le diagnostic de quelques cas qu'il a publiés ; l'un de ces cas (monothermanesthésie) échappa aux observations, tandis que le cours de la maladie des autres cas a complètement prouvé le diagnostic de gliomatose médullaire.

M. le professeur Kojevnikoff a à son service de la clinique un malade, atteint de syringomyélie. Il présente une forte atrophie musculaire et un anesthésie typique d'un membre, le symptôme de Morvan de l'autre ; il eut des panaris analgésiques avec perte des phalanges tandis que sa sensibilité à la douleur est assez vive en ce moment.

II. M. le Dr P. Fambourère a présenté un cas de *syringomyélie* avec hémiatrophie de la langue. La malade, âgée de vingt et un ans, présente une grande quantité de cicatrices après brûlures et panaris aux membres supérieurs et près des trochanters. Déviation lordo-cyphotique de la colonne vertébrale à droite, dans sa partie thoracique. Marche titubante. Le symptôme de Romberg. Une atrophie diffuse générale des membres gauches. Diminution de la force musculaire de la main droite, du membre inférieur et du tronc. Secousses fibrillaires des muscles de la main gauche. L'excitabilité électrique des muscles est normale. Exagération du réflexe tendineux rotulien et plantaire. Trépidation réflexe des deux côtés. Divers degrés de troubles de la sensibilité. Thermanesthésie en jaquette, analgésie considérable à peu près de toute la surface du corps, troubles du sens du toucher, principalement du côté gauche. Nystagmus. Atrophie de la moitié droite de la langue. La largeur de la moitié droite est de 20 millimètres (de la raphe au bord) ; celle de gauche, 30 millimètres. L'épaisseur de la moitié droite est de 5 millimètres, de la moitié gauche 7 millimètres. La muqueuse est couverte de plis et de sillons. Déviation de langue du côté droit ; le sens du toucher et le sens du goût ne sont pas atteints ; l'excitabilité électrique est augmentée du côté malade ; il n'y a pas de dégénérescence ; secousses fibrillaires dans la moitié droite de la langue. Le langage et la déglutition ne sont pas atteints. Parésie du côté droit du voile du palais et de la corde vocale droite. Différents troubles trophiques et vaso-moteurs. Sudation du côté gauche du corps et du visage.

C'est vers l'âge de treize ans que la maladie débuta, après un typhus abdominal très grave, par l'apparition de tremblements des membres, de brûlures et de panaris analgésiques. Les troubles de

la marche et du langage datent de sept ans ; la sudation d'un côté du corps dure depuis deux ans. La date du commencement de l'hémiatrophie de la langue n'est pas connue. Il y a un an — fort traumatisme de la tête. La malade est toujours sujette à prendre froid ; la syphilis et l'uréthrite sont exclues. Il semble très probable que la pathogenèse de ce cas est une gliomatose, montée vers la moelle allongée et ayant atteint les noyaux des hypoglosses.

Discussion : M. le Dr Rossolimo pense pouvoir rapporter l'atrophie de la langue à une légère lésion des fibres trophiques dans la racine ascendante du trijumeau. Ses expériences avec la section du nerf lingual, qui est suivie d'atrophie des muscles linguaux semblent confirmer cette manière de voir.

M. le Dr Minor pense qu'il est plus probable d'admettre une hémorrhagie dans le noyau du nerf hypoglosse, car il a eu une observation clinique, où l'apoplexie se suivit par des troubles bulbaires et l'hémiatrophie de la langue.

M. le Dr Darnschewitsch se basant sur l'intégrité de l'excitabilité électrique, suppose que l'atrophie est d'origine réflexe.

M. le Dr Roth mettant en vue l'autopsie de Schulze et M. le professeur Kojevnikoff croient plutôt à une lésion du noyau de l'hypoglosse.

M. le Dr Korniloff pense aussi que le processus anatomique s'est propagé sur le segment supérieur du système nerveux, il s'appuie sur un cas de gliomatose spinale avec atrophie des nerfs optiques.

III. M. le Dr G. Pribytkow. *Contribution à l'étude du trajet des fibres des nerfs optiques.* — Après avoir mis à l'épreuve toutes les méthodes, connues de nos jours, pour l'étude du trajet des fibres des nerfs optiques, le rapporteur se servit de la méthode de coloration de Marchi tout en mettant en vue l'étude particulière des questions suivantes : I) la structure du chiasma chez le cobaye, le lapin, le chat et le chien ; II) la structure et le trajet des bandelettes optiques ; III) le rapport des fibres des nerfs optiques aux diverses régions du cerveau, peuvent être envisagées comme centres primaires des fibres optiques. Toutes les expériences ont été faites sur des animaux adultes. L'expérience consistait dans l'extirpation unilatérale de l'œil ; les animaux vivaient de vingt à vingt-sept jours après l'opération. L'examen des séries ininterrompues des coupes horizontales amène le rapporteur aux conclusions suivantes : L'entre-croisement des nerfs optiques est complet chez les cobayes ; la commissure de Meynert et de Gudden, ainsi que l'entre-croisement de Forel n'ont pas de rapports avec la rétine ; le faisceau de Flechsig (allant de l'entre-croisement à la substance grise centrale du troi-

sième ventricule) et les fibres pupillaires de Bechterev (au noyau du nerf moteur oculaire commun) n'existent pas; il n'y a de même aucune commissure entre les rétines des deux yeux (commissure antérieure de Hannover). Chez le lapin, le chien et le chat l'entrecroisement n'est pas complet, mais la commissure de Hannover, la racine indépendante optique de Flechsig et les fibres pupillaires de Bechterev leur manquent aussi. Quant aux bandelettes optiques, le rapporteur n'admet pas de faisceau optique directe allant à l'écorce des hémisphères, de même que l'union des fibres optiques avec le corps de Luys et le corps géniculé interne. Il ne peut aussi observer l'existence du faisceau allant au ganglion habenulaë, que le Dr Darkschevitsch envisage comme un faisceau de fibres optiques qui réunissent la rétine de l'œil avec le noyau du nerf moteur oculaire commun. Les observations sur le rapport des fibres optiques aux centres primaires aboutirent aux résultats suivants : chez le cobaye, le lapin, la majorité des fibres finit dans le corps quadrijumeau supérieur: ce n'est que la minorité qui finit dans le corps géniculé extérieur, chez le chat le fait est tout contraire — le corps géniculé externe est le siège de l'extrémité de la majorité des fibres, tandis que le corps quadrijumeau sert seulement à une petite quantité de fibres. D'après les observations de M. le Dr Pribytkov il existe, hors ces deux centres, un troisième situé entre la substantia nigra et le noyau rouge, au niveau de l'oculo-moteur, dans le « tegmentum»; une partie des fibres optiques, y parviennent en faisceau distinct que Gudden a décrit sous le nom de « tractus peduncularis transversus ». Le pulvinar et le thalamus opticus en général ne sont pas des centres optiques.

Discussion : M. le Dr Darkschevitsch salue les résultats de la nouvelle méthode, quoique cette dernière ne prouve pas ses propres observations sur le trajet des nerfs optiques. Tout de même la question sur le rapport du « ganglion habenulaë » au réflexe pupillaire ne peut être envisagée comme résolue en sens négatif vu les expériences de Mendel, sur l'atrophie de cette partie à la suite de l'extirpation de l'iris, M. le professeur Kojevnikoff, porte l'attention sur le rôle physiologique du tractus peduncularis qui s'ensuit du tableau anatomique, tracé par le rapporteur.

Le rapporteur pense revenir à cette question muni de preuves plus efficaces.

Séance du 17 avril 1892.

1). M. le Dr W.-A. Mouratov fait une communication *sur les dégénérescences secondaires de l'encéphale après l'ablation de zones motrices.* — Les expériences avec l'ablation d'un centre moteur quelconque ont été faites sur des chiens, la durée des expériences variait

de quinze jours à un mois; les recherches microscopiques ont été faites d'après Marchi.

Conclusions principales : la dégénérescence du côté lésé a lieu : 1° dans les fibres arquées d'association du premier ou du deuxième ordre ; 2° dans un système de fibres déterminé; ce système est limité dans sa partie supérieure par le corps calleux, dans sa partie inférieure par le corps caudé et du côté externe par la couronne rayonnante; ces fibres appartiennent, de l'avis du rapporteur, aux fibres d'association et leur dégénérescence est unilatérale; 3° dans une partie des fibres du « gyrus fornicatus », principalement dans celle qui, après s'être recourbée des circonvolutions motrices, passe par-dessus le corps calleux et poursuit ensuite le trajet longitudinal vers le « gyrus fornicatus ». Ce trajet est, selon M. le Dr Mouratov, une voie d'association reliant le « gyrus cruciatus » aux lobes occipitaux. La dégénérescence des fibres du corps calleux *a été constatée bilatérale.* Nous mentionnerons encore les conclusions suivantes de l'auteur : 1° quelques accès postopératoires peu stables doivent être expliqués par la perte des voies d'association ; 2° pour porter un jugement sur la localisation des accès, on doit penser au rôle des voies d'association; 3° les modifications du sens musculaire dépendent, d'après l'auteur, des fibres d'association.

II). M. le Dr G.-I. Rossolimo. *Nouveau mode d'exploration des fonctions du cerveau.* — Ce mode est un mode combiné, il consiste premièrement dans l'ablation d'une partie quelconque du cerveau d'un animal, ce dernier survit jusqu'au développement de manifestations cliniques stables et est alors soumis à l'action de la cocaïne ou de l'atropine, que l'auteur emploie comme substances excitant les fonctions du cerveau. Voilà le résultat des observations : l'injection hypodermique de ces médicaments à des animaux, préalablement opérés, amenait chez eux de tels troubles fonctionnels, qu'il ne pouvaient dépendre uniquement de l'opération. Les altérations fonctionnelles postopératoires, devenues faibles avec le temps, revenaient en plus fort après les injections de la cocaïne. Les troubles fonctionnels postopératoires s'affaiblissaient ou devenaient perverses après les injections de l'atropine. L'auteur croit que ce mode combiné aidera à éclairer les recherches sur la genèse de certaines maladies fonctionnelles.

MM. A. Kojevnikov, W. Roth, L. Darkshewitsch et S. Korsakov ont pris part à la discussion.

III). M. le Dr M.-A. Lunz. *Contribution à l'étude de la bradycardie avec accès épileptiformes* (maladie de Adams-Stokes). — Il s'agit d'un homme de cinquante ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, sans aucune maladie sérieuse précédente, atteint d'accès épileptiformes (aura, perte brusque de connaissance, convulsions).

Il existait chez lui un procès athéromateux peu manifeste et de la bradycardie. On observait, précédé à chaque accès, un arrêt complet du pouls, durant plusieurs secondes à une demi-minute. Entre les accès, on constatait 26 pulsations par minute, des fois même 18 pulsations. Après une amélioration de l'alimentation du muscle cardiaque et après une augmentation des pulsations de 36 à 40, même de 50 à 56 par minute, les accès disparurent. Le rapporteur veut relier ces accès à la bradycardie et trouve une complète analogie du cas rapporté avec les cas que M. Huchard a proposé de nommer du nom de leurs premiers observateurs, maladie d'Adams-Stokes.

MM. A. Kojevnikov, A. Kornilov et W. Butzke prirent part aux discussions. — M. A. Kornilov ne voit pas assez de preuves pour être persuadé que, dans le cas rapporté, l'arrêt du pouls causait l'accès. D'après lui, c'est par cet arrêt que se manifestait, peut-être, le début de l'accès et ce dernier était relié à une maladie du cœur, en tant que les accès épileptiques ne sont pas rares chez les cardiaques. M. W. Butzke croit plutôt qu'il s'agissait ici de simples accidents syncopaux.

Séance du 15 mai 1892.

I). M. le Dr A.-A. Egorov. *Pied bot déterminant des troubles de la moelle épinière.* — Une petite fille de douze ans, obligée de beaucoup marcher et de porter sur ses bras sa sœur cadette, vient à souffrir de pes plano-valgus bilatéral, plus manifeste du côté droit. A cette altération de l'articulation et de l'appareil ligamenteux s'associèrent des grandes douleurs, qui rendirent la marche impossible à la malade. On constata à l'examen un amaigrissement très marqué des muscles du fémur, exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied, — tous ces symptômes bien plus manifestes du côté droit. C'est bien encore du côté droit, en comparaison avec le côté gauche, qu'on peut observer une augmentation marquée de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles. L'auteur croit expliquer ces troubles nerveux par l'excitation de la moelle épinière, déterminée par le pied plat. Cette explication conserve toute sa valeur dans les cas plus graves, où il y a combinaison de pied plat avec contracture musculaire. L'état de la malade s'améliora de beaucoup après faradisation des muscles de la jambe. Les douleurs cessèrent, elle regagna la possibilité de la marche.

Discussion : M. le Dr W. Roth insiste sur le grand intérêt du cas de pied bot rapporté, grâce au développement d'amyotrophie et d'exagération des réflexes. L'exagération des réflexes, observée parfois dans les neurites, devrait trouver son explication dans l'excitation analogue de la moelle épinière. D'après M. Roth, l'amyotrophie de-

vrait être envisagée comme résultat d'excitation par voie réflexe des centres vaso-moteurs des muscles.

II). MM. les Drs L. Darkchewitch et W. Weidenhammer. *De la substitution par un os décalcifié des défauts craniens après trépanation.* — Les auteurs se sont livrés à de minutieuses études sur la substitution des défauts osseux par un os décalcifié, que proposa un Américain M. le Dr Ihenn, tout en se bornant aux défauts du crâne, si importants pour les neurologistes. Ils expérimentèrent sur des lapins. La première question que les auteurs abordèrent est la suivante : le défaut cranien pratiqué artificiellement, peut-il réellement se remplir par un os de nouvelle formation, après avoir été substitué par un os décalcifié ? Une série d'expériences y répond affirmativement. L'examen microscopique démontre que le procès de néoformation de l'os consiste principalement dans l'accroissement et le gonflement de l'os mère, jusqu'à adhésion complète avec l'os substitué et dans le développement, dans les espaces restés libres, de tissu connectif, riche en éléments cellulaires. Ce tissu, à caractère ostéogène sans contredit, renvoie des prolongements aux anciens canaux et espaces médullaires de l'os décalcifié. A une période un peu plus avancée, on découvre des îlots d'os normal dans la soudure fibreuse, le nombre des ostéoblastes augmente autour des canaux et des espaces du morceau décalcifié, qui vient enfin à être substitué par un os normal. Ce que devient l'os décalcifié ? Pour résoudre cette seconde question, les auteurs viennent en somme à la conclusion suivante : l'os intercalé sert d'intermédiaire à la formation du nouvel os pour être résorbé ensuite. Les observations ultérieures montrent que la classe zoologique de l'animal, auquel on enlève l'os pour substituer un défaut, n'a pas grande influence sur le succès de l'opération, quoiqu'il soit certainement préférable de prendre un os à structure possiblement proche à celle de l'animal livré à l'expérience. Enfin, il s'ensuit, des expériences des auteurs, que l'absence du périoste au-dessus de l'os intercalé, mais avec la dure-mère intègre et *vice versa*, n'influence pas le cours de l'expérience. — MM. Kojewnikov, L. Minor, P. Modlinsky et G. Rossolimo ont pris part à la discussion.

III). M. le Dr L. Minor communique les *résultats de l'opération* faite à la malade qu'il a présentée à la séance du mois de février. L'opération fut faite par M. le professeur A. Bobrow et consistait dans l'ablation de l'arc vertébral de la cinquième vertèbre cervicale et de l'apophyse épineuse. On constata, lors de l'opération, une divergence des quatrième et cinquième apophyses épineuses, l'une était dirigée un peu du côté postérieur et à droite, l'autre en avant et à gauche. En un seul endroit de l'arc on distingua une âpreté. Le champ de l'opération était libre de tout procès tuberculeux. L'examen avec le manche du scalpel découvrit par place

des adhérences de la dure-mère avec la cavité du canal vertébral. La plaie guérit *per primam*. Résultat de l'opération : la parésie des membres supérieurs n'existe plus ; au lieu de la paraplegia inferior, il y a possibilité de marcher (quelques pas dans la chambre) sans canne et sans aide d'autrui; au lieu de retentio urinæ, qui nécessitait un cathétérisme journalier, excrétion urinaire libre. Pas d'eschares. L'état de santé de la malade n'est pas satisfaisant, elle est encore faible, nerveuse. Vu les résultats obtenus, l'auteur envisage l'opération pleinement réussie.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Des folies diathésiques;* par MM. Mabille et Lallemant.

Dans ce travail, riche de faits, qui a valu à leurs auteurs le prix Falret 1890, à l'académie de médecine, la folie est étudiée dans ses rapports avec les diathèses; la diathèse nous reste et nous y tenons, telle est l'opinion qui les a guidés dans leurs recherches. La partie historique est très complète, l'arthritisme, la scrofule avec les transformations qu'ils ont subies successivement sont très bien exposés, et la théorie de Bouchard sur les vices de nutrition dans leurs rapports avec les diathèses est à chaque page courageusement défendue et appuyée sur de nombreux tableaux rapportant des analyses d'urine dans des cas de folies liées à l'arthritisme, à la goutte, aux accidents urémiques, au diabète.

Le travail est divisé en quatre grands chapitres : 1° la folie rhumatismale; 2° la folie dans ses rapports avec les maladies de la peau, l'artério-sclérose, l'obésité; 3° la folie par rapport à la goutte et au diabète; 4° le cancer, la scrofule, la tuberculose dans leurs rapports avec la folie.

A propos de la folie rhumatismale et de la goutte, les auteurs examinent les groupes dans lesquels ces troubles sont simultanés, alternants, ou simplement successifs et publient de nombreuses et intéressantes observations à l'appui de chaque groupe.

La périodicité, l'intermittence et la rémittence sont la caractéristique des folies rhumatismales.

La mélancolie serait la forme principale mais non la seule; l'arthritisme étant le fait de troubles de l'innervation sensitive, motrice et vaso-motrice, serait une névrose complexe dont certaines folies seraient les manifestations; l'hyperthermie, les complications cardiaques; les fluxions rhumatismales seraient les principaux facteurs; l'étude des urines et des antécédents héréditaires

sont les preuves principales de cette connexion et les auteurs citent à leur appui un travail que nous avions communiqué à la société médico-psychologique sur les rapports entre la folie et les hémorroïdes, ce dont nous les remercions.

Le chapitre des troubles vésaniques dans leur rapport avec la goutte est de plus documentés; les troubles du caractère, les troubles intellectuels, émotifs, moteurs, l'amnésie ayant été notés avec soin.

Le chapitre sur le diabète est moins riche de faits, mais est complet au point de vue des recherches; il sera consulté avec intérêt ainsi que celui sur l'obésité. C'est un travail original, auquel les auteurs n'ont pas épargné leurs peines et qui constitue pour l'avenir un recueil de faits indispensables à lire pour ceux qui voudraient se livrer à quelques études sur un des nombreux sujets qu'il contient. CHARPENTIER.

II. *Cas de poliomyélite antérieure et de névrite multiple.* (*A case of anterior polio-myélitis ann multiple neuritis*); par W. GOWERS. (Reprinted from vol. XXIV of the *Clinical society's transactions.*)

Il s'agit d'un enfant de sept ans, qui fut pris d'une attaque de paralysie atrophique aiguë, présentant les symptômes caractéristiques d'une poliomyélite aiguë antérieure à la moelle cervicale. Ultérieurement, des douleurs spontanées, puis des douleurs sur le trajet des nerfs du côté gauche, suivis de paralysie survinrent, et rétrocédèrent : la paralysie atrophique primitive du bras persistant. Il y a eu là combinaison de névrite multiple et de poliomyélite, et la possibilité de ce fait est très importante tant au point de vue théorique que pratique. Paul BLOCQ.

III. *Manuel pratique de médecine mentale;* par le Dr E. RÉGIS. 2e édition. Paris, O. Doin éditeur, 1892.

Cette seconde édition du Manuel de M. Régis ne ressemble que de loin à la première, dont le succès cependant avait été incontestable et qui avait été accueillie déjà avec faveur, non seulement par les aliénistes, mais par tout le public médical. On peut dire qu'elle a été revue et remaniée à fond par l'auteur. Certains chapitres ont été complètement transformés, d'autres ont été ajoutés. si bien que sous son titre modeste, ce manuel représente dans une forme concise un véritable traité des maladies mentales d'après les données les plus récentes de la science spéciale.

Sans doute, il n'est pas d'œuvre qui ne puisse prêter matière à quelques critiques. Mais plutôt que de chercher à formuler ici quelques-unes de ces critiques de détail, nous préférons signaler tout particulièrement à l'attention du lecteur le chapitre sur les *Éléments symptomatiques de l'aliénation mentale*, dans lequel

M. Régis, s'inspirant du livre de Morselli expose d'une façon très précise, très claire, toute la séméiologie des maladies mentales, les chapitres de la *Folie systématisée*, de la *Paralysie générale*, des *Folies toxiques*. Bien que remanié, le chapitre de la *Mélancolie* est peut-être un de ceux qui demandent encore à être complétés, surtout en ce qui concerne la stupeur, que l'auteur semble toujours rattacher sans dictinction de forme, à la mélancolie. En revanche, un des meilleurs chapitres est celui qui a trait aux *Hémasthénies psychiques*, dans lequel M. Régis étudie les idées fixes, impressions, aboulies qu'il rattache franchement à la neurasthénie, dont elles constituent la forme psychique. M. Régis est le premier auteur français qui adopte cette opinion, déjà formulée à l'étranger; alors qu'en France on ne veut voir qu'une coexistence de la dégénérescence et de la neurasthénie, lorsque ces troubles intellectuels se présentent chez les neurasthéniques. Pour notre part, nous n'hésitons pas à dire que l'opinion de M. Régis nous paraît bien plus conforme à la réalité des faits qui ne justifient nullement ces distinctions aussi subtiles que problématiques. Le chapitre des *Phrénasthénies* où l'auteur étudie la folie héréditaire est également très bien exposé. Signalons encore l'étude des folies associées aux maladies générales, maladies infectieuses, folie des diathèses rajeuni par l'application à l'étude des troubles mentaux des doctrines modernes, professées par M. Bouchard et ses élèves. En revanche, le chapitre des *Folies sympathiques*, associées aux maladies locales des viscères, eût peut-être gagné à être décrit à un point de vue plus général. Des chapitres sur le *Diagnostic pratique*, sur le *Traitement*, sur la *Médecine légale des aliénés* offrent à l'étudiant et au praticien de nombreux et utiles renseignements.

Ce livre conçu avec méthode, exposé avec clarté, se recommande encore par une autre qualité, l'impartialité que l'auteur semble toujours avoir eu a cœur de garder. Ce fait n'est pas si fréquent dans bon nombre de publications récentes sur la psychiatrie pour qu'il ne mérite d'être signalé. Ecrit par un médecin érudit, ayant une grande habitude des aliénés, observateur en même temps que psychologue, ce manuel est certainement le meilleur que nous possédions en France sur la matière; et nous pensons qu'actuellement, si l'on peut faire autrement, on ne peut guère faire mieux.

J. Séglas.

IV. *Atlas der Pathologischen Histologie des Nervensystems*, redigirt von Pr V. Babès und P. Blocq. — 1 Lieferung, von Babès und Marinesco. — A. Hirschwald, Berlin, 1892.

Les auteurs se proposent de faire un Traité complet de l'histologie fine des maladies du système nerveux. Cette histologie est bien décrite dans les travaux d'un certain nombre d'auteurs : de Charcot, de Leyden, de Westphal, d'Erb et de Flechsig; mais la

technique a été tellement perfectionnée dans ces dernières années, grâce aux recherches de Ranvier, de Weigert, de Golgi, d'Ehrlich, de Ramon y Cajal, etc., que l'opportunité de cette publication s'imposait.

Au reste, cet atlas qui comprendra trente-deux fascicules, sera dû à des observateurs dont il nous suffira de citer les noms, pour qu'on se rende compte de leur compétence spéciale. Ce sont : MM. Ehrlich, Homen, Marchi, P. Marie, G. Marinesco, Mendel, Môli, V. Monakow, Ramon y Cajal et Vanlair.

Chaque fascicule sera consacré à la description de l'anatomie pathologique d'une partie déterminée du système nerveux, illustrée d'un grand nombre de planches lithographiées, ou de photographies originales, et précédée d'un aperçu de l'histologie normale. Le texte sera écrit en langue allemande ou française, selon la nationalité des auteurs.

Le premier fascicule que nous venons de parcourir, qui a trait aux altérations des terminaisons des nerfs musculaires a été rédigé par MM. Babès et Marinesco. Fidèles au programme que nous venons d'indiquer, les auteurs décrivent en premier lieu l'histologie normale des terminaisons nerveuses : nous trouvons ici à signaler particulièrement la planche I où sont figurées les plaques terminales des muscles de divers animaux et de l'homme. La figure 4 de cette planche représente, avec des détails nouveaux, la plaque terminale des muscles du lézard, vue à un grossissement de 1000 diamètres. Les auteurs passent successivement en revue les lésions que subissent ces plaques dans la section expérimentale des nerfs.

Mais, la partie la plus intéressante et la plus originale de ce travail est celle qui est consacrée aux altérations des plaques motrices dans les diverses affections du système nerveux central et périphérique : maladie de Charcot, polynévrite, paralysie pseudo-hypertrophique, maladie de Thomsen, etc. Ainsi, dans la sclérose latérale amyotrophique, par exemple, les auteurs nous montrent dans le muscle, une atrophie de la fibre et du réseau terminal de la plaque, tandis que dans le tendon on voit, au contraire, une hypertrophie de la fibre terminale. D'autre part, la névrite est caractérisée par la prolifération nucléaire des noyaux de la plaque (Pl. VII, fig. 6). L'exécution des planches est en tous points remarquable, et ce premier fascicule permet de préjuger de ce que sera la publication complète. Elle formera un véritable monument, tant au point de vue documentaire que didactique, de cette branche si considérable de l'anatomie pathologique. B.

V. *La pathologie des émotions*, *études physiologiques et cliniques;* par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. (Paris, 1892. F. Alcan, édit.).

Les émotions ne sont que la résultante de la représentation men-

tale d'états agréables ou pénibles, et sont, par conséquent d'autant plus fortes qu'elles renferment un plus grand nombre de sensations actuelles ou naissantes, propres à rappeler ces états. Dès lors, les émotions n'étant que des représentations d'états de conscience provoqués par des excitations extérieures, il est à présumer que les conditions physiologiques des émotions présentent, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, une grande analogie, sinon une similitude complète avec les conditions physiologiques des sensations. Par suite, les agents physiques, qui sont capables de modifier un état de conscience d'origine périphérique, sont aussi capables de modifier les états de conscience d'origine centrale : les signes extérieurs de ces divers états de conscience peuvent être étudiés par les mêmes procédés ; la psychologie n'est que la physiologie spécialisée ; la médecine mentale n'est qu'une spécialisation de la médecine générale à laquelle elle doit emprunter ses procédés d'étude et ses procédés d'action, tous purement *physiques*. C'est la démonstration de ces rapports que M. Féré a entreprise dans le livre qui fait le sujet de cette analyse. Son but a été de déterminer autant que possible, à l'aide de la méthode expérimentale, les conditions physiologiques des émotions, de montrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques qui résultent des agents physiques et de prouver que les émotions sont des états somatiques s'accompagnant d'états de conscience que l'on peut voir se développer en conséquence d'excitations physiques, cette similitude de conditions physiologiques établissant en dernier terme la nature *physique* des phénomènes tant normaux que pathologiques de l'esprit.

Pour démontrer les analogies entre les phénomènes physiologiques et pathologiques, qui accompagnent les états de conscience d'origine soit externe, soit interne, il était nécessaire de passer en revue l'influence des agents physiques sur l'homme. Aussi M. Féré examine-t-il d'abord l'influence de l'air, de la pression atmosphérique, de la température, de l'état hygrométrique, de la tension électrique des ingesta, de la lumière, du son, des odeurs, des saveurs, l'équivalence des excitations sensorielles (vision colorée, synesthésies), les signes physiques des sensations ; en nous montrant, au cours de son exposé, les modifications produites par ces différents agents sur la nutrition, sur les actes psychiques, la vitesse, la forme, l'énergie des mouvements secondaires, sur la pression artérielle, sur la circulation périphérique déterminant un changement de volume du membre, toutes modifications que l'on peut objectiver, en quelque sorte, à l'aide de la méthode expérimentale. Tous les agents physiques qui concourent à l'entretien de la vie ou à mettre en jeu l'irritabilité, tous les ingesta qui contribuent à l'entretien des combustions organiques sont capables, par leur action, tantôt insuffisante, tantôt excessive, de provoquer des

modifications de nutrition, qui se traduisent par des modifications morbides des fonctions de relation. Les modifications de nutrition constituent les conditions physiologiques des émotions diverses qui les accompagnent nécessairement.

Après les eflets physiologiques, M. Féré étudie les effets pathologiques des agents physiques sur l'homme, les effets du refroidissement modifiant les conditions de la circulation, la constitution même du sang, diminuant la résistance de l'organisme à l'infection, déterminant même des troubles mentaux; puis l'influence de la uuit sur l'apparition des phénomènes morbides (douleurs ostéocopes, accès de goutte, asthme spasmodique, accès épileptiques, délire alcoolique, hallucinations, anxiété mélancolique, terreurs nocturnes...). Mais les troubles les plus caractéristiques ressortissant à la pathologie de la nuit se rapportent aux manifestations sensorielles et motrices; ce sont par exemple, l'incontinence nocturne, l'héméralopie, la paralysie nocturne, signalée par Weir-Mitchell, et résultant d'un défaut d'excitation physiologique (*paralysie par inirritation*), la chorée du réveil. A côté de ces désordres moteurs se placent les troubles sensoriels, et les chocs émotionnels, également signalés par Weir-Mitchell, des troubles vaso-moteurs comme l'œdème hystérique plus fréquent le matin, des troubles sécrétoires. D'un autre côté, si l'absence d'excitation physiologique est capable de provoquer des dépressions fonctionnelles, les excitations excessives peuvent aussi déterminer des troubles locaux ou généraux, mais qui reconnaissent alors pour condition physiologique l'*épuisement* de l'organe ou de l'organisme. Bien que ce soient les troables de la vue qui se montrent le plns fréquemment dans ces circonstances, il n'en est pas moins vrai que tous les sens peuvent être atteints de diminution ou de perversion à la suite d'excitations excessives déterminant l'épuisement et provoquant aussi dans le domaine d'autres fonctions des phénomès morbides qui tiennent plus à l'excitabilité pathologique du sujet qu'à la nature de l'excitant.

Les excitations externes déterminent donc des effets locaux et généraux qui se réduisent en somme à des transformations de forces. Le mouvement qui tient une place importante parmi ces effets et est la condition indispensable de la sensation comme des états de conscience interne, même lorsqu'il est purement passif, peut s'accompagner des mêmes effets généraux et des mêmes états de conscience auxquels il est indissolublement lié. L'exercice physique modéré provoque une exaltation des fonctions respiratoires et circulatoires et une augmentation de la force musculaire en même temps qu'une certaine excitation de l'activité psychique. Mais le travail forcé et prolongé, amène, au contraire, une dépression des fonctions de nutrition et conséquemment une dépression de l'énergie motrice et de la sensibilité, un ralentissement des processus nerveux et un affaiblissement intellectuel. Cette influence de

la fatigue sur l'activité psychique peut être mise en lumière par l'étude de l'influence de l'énergie motrice sur l'attention. L'attention est constituée exclusivement par des phénomènes moteurs dont la physiologie non seulement révèle l'existence, mais peut encore étudier les qualités, leur énergie, leur forme, leur précision, leur rapidité. Ces modifications des caractères des mouvements sont en rapport avec des modifications de la circulation et de la nutrition, déterminant, comme toutes les excitations internes ou externes, un état particulier de tension musculaire préralable, qui constitue la condition physiologique de l'attention. Aussi, l'attention fait-elle défaut ou est-elle affaiblie dans tous les cas où il existe une dépression des forces et les oscillations physiologiques de l'attention ont elles-mêmes pour condition physique les oscillations de l'énergie motrice.

L'exercice physique ou intellectuel modéré entraînant une excitation générale du système nerveux s'accompagne d'une sensation de bien-être, de plaisir; tandis que le travail excessif comme l'inaction amène une dépression générale du système nerveux, accompagnée de malaise et d'une tendance aux émotions tristes. Cette relation qui existe entre l'activité et le plaisir, entre l'inaction ou la fatigue et la peine se retrouve dans les conditions physiques des émotions en général. Les émotions se traduisent par des manifestations diffuses ou locales qui ne sont pas les effets mais bien les conditions physiques de ces états de conscience, et qui consistent dans des modifications du pouls, de la tension artérielle, de la circulation périphérique, de la résistance électrique, de la respiration, de la température, de la digestion, des sécrétions, de la tension électrique, des excrétions, de la composition du sang, de la motilité, toutes modifications que l'on retrouve dans l'expression des émotions.

Il est d'ailleurs impossible de tracer une limite entre la physiologie et la pathologie des émotions. Toutefois, une émotion peut être considérée comme morbide, lorsque ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire, lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante, lorsque ses effets se prolongent outre mesure. Les conditions pathologiques des émotions sont tantôt générales, tantôt locales : on peut dire aussi qu'en général les effets locaux d'une émotion sont toujours les mêmes chez une même personne et se manifestent vers l'organe qui présente normalement un défaut congénital ou acquis. Parmi les effets des émotions, nous voyons successivement étudiés par M. Féré, l'ivresse émotionnelle et la mort par émotions morales, les troubles de la circulation, des sécrétions et excrétions, de la nutrition, les œdèmes, les troubles cutanés, la modification de la résistance aux infections. On sait, d'autre part, l'influence exercée par les émotions sur le développement et la marche des maladies

nerveuses et mentales, de même que, dans des cas inverses, les effets curatifs de ces mêmes émotions.

Suivant leurs caractères sthéniques ou asthéniques, les excitations sensorielles, l'activité volontaire, les émotions sont susceptibles de provoquer les mêmes phénomènes généraux et d'épuisement, des états pathologiques analogues. Sous le coup des conditions physiques des diverses émotions, la mémoire, l'association des idées subissent des variations appréciables à l'aide des procédés variés d'expérimentation. Un point digne de remarque, c'est que dans les états d'excitation l'accélération du processus d'association est toujours peu marquée relativement au ralentissement dans les états de dépression. Par suite, l'imagination se trouve également influencée dans le même sens, et peut arriver à créer de véritables délires à forme de rêve.

D'ailleurs, l'analogie qui existe entre les différentes formes de mélancolie et de manie et les émotions normales, a frappé de tous temps les observateurs. Au point de vue physiologique, la manie est généralement considérée comme l'antithèse de la mélancolie. Pour M. Féré par ses antécédents, par son expression symptomatique, elle se rapproche surtout de la colère dans laquelle l'exaltation n'est que secondaire et consécutive à la douleur morale. Les différentes formes de manie et de mélancolie naissent sur un fond de dépression, elles débutent par des phénomènes de dépression avec douleur morale, elles sont l'expression physiologique d'un état émotionnel unique, la douleur. La manie dans ses formes furieuses n'est que l'exagération en durée et en intensité des accès d'excitation de la mélancolie agitée. A mesure que l'excitation devient plus intense, on voit se manifester une exaltation croissante de la personnalité qui se traduit par des idées de satisfaction. Le caractère antérieur du malade, réactionnel ou inerte, constitue d'ailleurs une prédisposition aux différentes formes de psychoses.

De même qu'on ne peut affirmer une émotion en l'absence de signes physiques extérieurs, de même le diagnostic des troubles mentaux ne peut être basé que sur les signes physiques. Les représentations hallucinatoires s'accompagnent des mêmes phénomènes extérieurs que les excitations périphériques et les phénomènes physiques des psychopathies peuvent être mis en parallèle avec ceux des émotions.

Quels sont les organes des émotions? Si les hémisphères sont indispensables à la production des sensations, état de conscience d'origine externe, ils sont bien plus indispensables encore à la production des émotions, sans toutefois qu'il soit possible de les localiser. D'un autre côté les observations et expériences sur les accompagnements physiques des émotions montrent que ceux des émotions sthéniques reproduisent la plupart des effets de la section du grand sympathique au cou, et ceux des émotions asthéniques les

effets opposés dus à la galvanisation du même nerf, si bien que le grand sympathique semble être l'organe périphérique, d'extériorisation des émotions.

L'émotivité morbide, bien difficile à délimiter de la normale, est caractérisée par ce fait qu'elle entraîne des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce. Elle se présente sous deux formes, une émotivité diffuse et permanente qui constitue un caractère pathologique et une émotivité systématique qui ne se traduit que dans des conditions particulières et toujours les mêmes pour le même individu. Cette dernière forme est bien mise en évidence dans la catégorie des faits groupés par Morel sous le nom de *délire émotif* et dont M. Féré passe très rapidement en revue de nombreuses variétés.

L'émotivité systématique n'est qu'un épisode comparable aux dysesthésies et anesthésies systématiques et apparaît toujours comme l'émotivité diffuse d'ailleurs, sur un fond de débilité se reliant à la dégénérescence, à la neurasthénie, à des maladies générales antérieures... Il est à remarquer aussi que la constitution physique et mentale peut influer sur la localisation des troubles physiques d'origine émotionnelle et sur la forme spéciale des troubles psychiques.

Les troubles diffus de l'émotivité sont pour ainsi dire de règle dans les névropathies. Mais ils sont fréquents aussi au début ou à la suite des affections générales. Il en est de même des émotivités systématiques; aussi importe-t-il d'étudier avec soin l'état somatique du sujet pour chercher à découvrir d'abord s'il n'existe pas une cause de dépression étrangère au système nerveux ou un état dépressif curable de ce système, Considérer tous les états émotifs comme des stigmates de dégénérescence, par suite inaccessibles au traitement, constitue une doctrine non seulement erronée, mais néfaste.

La faiblesse irritable qui constitue la condition physiologique de l'émotivité morbide est non seulement pour l'individu atteint une cause de maux innombrables, mais c'est encore l'origine d'autres maux dont il n'est pas seul à souffrir. Incapable d'une attention soutenue, il devient impropre à toute activité productive, devient à charge à sa famille. Son lot, c'est la misère physique, intellectuelle et morale. Plus souvent qu'au génie, l'émotivité morbide aboutit à l'impuissance, au crime, au suicide, à la stérilité.

Il résulte de cela que le traitement comporte deux points de vue, celui de l'individu considéré seul, ou comme membre d'une collectivité. Aussi M. Féré après avoir exposé le traitement médical, physique et moral, envisage-t-il ensuite la prophylaxie (hygiène de la génération, éducation) et la législation applicable à ces malades, s'élevant contre les tendances humanitaires exagérées du jour, et réclamant contre ces individus improductifs et au bénéfice des

membres utiles de la collectivité, une discipline, la nécessité d'une sanction légale et de la responsabilité civile, l'application générale du droit commun.

Ce compte rendu ne peut donner qu'une idée générale, le plan d'ensemble du livre de M. Féré, très riche en documents et en aperçus originaux, d'une lecture très suggestive, et qui sera consulté avec fruit non seulement par les médecins, mais encore par tous ceux qui s'intéressent aux sciences psychologiques, philosophes, pédagogues et magistrats. J. SÉGLAS.

VARIA

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de la Rochelle (1893). — Le congrès annuel des Médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunir à la Rochelle du 1er août au 6 août 1893. Le congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° *Pathologie* : « Des auto-intoxications dans les maladies mentales. » — Rapporteurs MM. les docteurs Régis et Chevalier-Lavaure. — 2° *Médecine légale* : « Des faux témoignages des aliénés devant la Justice. » Rapporteur M. le Dr Cullerre ; 3° *Législation et administration* : « Des sociétés de patronage des aliénés. » Rapporteur M. le Dr Giraud. Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents.

Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières. Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de la Rochelle sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le Dr H. Mabille, médecin en chef directeur de l'asile de Lafond (La Rochelle) et de vouloir bien faire connaître le plus tôt possible le titre de leurs communications ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiquées ci-dessus. Le montant de la cotisation est de 20 francs.

LA DIRECTION ADMINISTRATIVE ET MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS. — *Considérations nouvelles à l'appui de son unité en réponse aux arguments contraires de M. Marandon de Montyel* ; par le Dr Samuel GARNIER. (*Annales médic. psych.*, févr. 1891.)

DE LA RÉUNION DES FONCTIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES DANS

LES ASILES D'ALIÉNÉS; par le Dr LAPOINTE. (*Annales médic.psych.*, mars 1891.)

Le principe de la réunion et celui de la séparation des fonctions médicales et administratives dans les asiles ont eu de tout temps leurs partisans convaincus. En face de ces deux principes a pris naissance un principe éclectique, d'après lequel « le directeur proprement dit laisserait la place à un administrateur placé sous le contrôle du service médical, qui correspond avec la préfecture ».

M. S. Garnier reprend la critique de ce système éclectique, critique déjà formulée par lui dans un précédent article[1]. Aucun argument bien nouveau ne surgit du reste de cette spirituelle réponse à M. Marandon de Montyel. L'auteur est persuadé que, loin d'être une entrave aux travaux scientifiques, la direction médico-administrative est éminemment favorable à leur éclosion, car les occupations du service administratif donnent un repos relatif à l'esprit du médecin en apportant à son régime intellectuel une variété obligée autant que nécessaire. C'est pousser peut-être un peu loin les avantages du service médico-administratif. Mais ce qui est bien certain, c'est que l'organisation actuelle, avec ses assemblées départementales souveraines maîtresses en matière d'assistance des aliénés, est autrement fatale au relèvement du niveau scientifique de la spécialité que la réunion des fonctions de directeur et de médecin.

M. Lapointe, partisan aussi de la réunion des fonctions médico-administratives, insiste avec raison sur la différence qui sépare le régime médical pour le traitement des maladies mentales de celui que réclame le traitement des maladies ordinaires : pour ces dernières le médecin a rempli toute sa tâche lorsqu'il a posé un diagnostic et formulé une prescription pharmaceutique ou encore signalé des mesures hygiéniques à prendre. Dans un service d'aliénés, au contraire, son action doit être beaucoup plus étendue parce qu'elle doit s'exercer par des moyens éminemment variés. Tout, dans le fonctionnement d'un asile, est de nature à coucourir au traitement et tout convergera à ce but principal : l'unité d'action est dès lors d'une haute importance et ne peut exister que si la double autorité de directeur et de médecin réside dans la même personne, union sans laquelle il n'est pas possible de comprendre la mise en pratique du traitement spécial que réclame un service d'aliénés. E. B.

Il est certain que l'organisation des asiles est très différente de celle des hôpitaux où, d'ailleurs, l'incompétence des directions pour tout ce qui concerne l'hygiène et le fonctionnement

[1] Voir à ce sujet, *Archives de Neurologie*, t. XXI, p. 428 et suiv.

même des services médicaux a de déplorables conséquences au point de vue de l'hygiène et de la simple propreté du personnel, des malades, des salles, etc. L'idéal, ce seraient les asiles mixtes ne dépassant point 500 malades. Le mouvement de la population étant, par suite, assez restreint, un médecin directeur actif et intelligent peut mener de front et l'administration et les travaux scientifiques, aidé qu'il est par un médecin-adjoint et un ou deux internes. C'est la seule organisation qui permette de tout combiner pour le bien-être, le traitement, le travail des malades et cela même au grand bénéfice de l'asile et des guérisons. Quant à l'autorité des conseils généraux, elle est légitime et légale. Malheureusement ces conseils ne sont pas encore bien pénétrés des besoins de l'Assistance telle qu'elle doit être sous un régime républicain. B.

Ouverture du nouvel asile d'aliénés (asile de traitement et d'hospitalisation) de Tworki près Varsovie.

L'enfantement de ce nouvel établissement, tel que le raconte M. Rothe, est à lire *in extenso*. Mais, ce qui est méritoire, c'est que les plans et projets envoyés en 1887 à Pétersbourg étaient retournés pour exécution à Varsovie la même année, que sous l'œil du comité de construction le professeur de psychiatrie (vous avez bien lu!) Balinsky et l'architecte Strom se mirent à l'œuvre dans les premières semaines de l'année 1888 et que, le 15 novembre 1891 l'asile était inauguré. On lui a donné le nom d'asile d'aliénés de Varsovie. Il comprend deux parties. L'une est destinée au traitement des aliénés et peut recevoir 210 hommes et 210 femmes. L'autre est la ferme séparée de l'asile, avec sa colonie, et comporte 104 lits pour aliénés incurables.

Entre l'asile de traitement et l'asile des chroniques, s'étend un petit bois de sapins.

L'asile de traitement consiste en pavillons séparés dont les édifices sont complètement séparés les uns des autres et entourés de jardinets délimités par des haies vives. L'ensemble représente un rectangle dont le front regarde le petit bois. Le plus court côté est occupé au centre par les bâtiments d'administration. Ces bâtiments comprennent: 1° une sorte de rez-de-chaussée surélevé et 2° deux étages. Au rez-de-chaussée, on trouve les bureaux des médecins et des employés d'administration, et, de chaque côté, une petite division pouvant recevoir dix malades de chaque sexe avant leur admission proprement dite. Au premier, habitation du directeur et des sœurs auxquelles on a confié la surveillance de la cuisine, de la buanderie, des pavillons des malades-femmes. Au second, employés. Les médecins habitent les diverses divisions respectives.

Derrière les bâtiments d'administration, cuisine, buanderie, locaux des machines et des appareils d'éclairage électrique. L'établissement entier est éclaré par 600 lampes. La cuisine et la buanderie marchent à la vapeur; elles sont pourvues des appareils les plus perfectionnés, des derniers modèles. L'électricité est elle-même employée à la ventilation des services des malades. Un château d'eau, muni d'un réservoir de dimension, alimente l'asile; une machine à vapeur puise cette eau dans une petite rivière contiguë l'Utiata, elle l'envoie dans un filtre spécial, d'où elle passe dans le réservoir.

En arrière de ces constructions, mais un peu à gauche sont: l'obitoire, avec sa chambre d'autopsie, et une petite chapelle catholique.

A droite et à gauche des bâtiments d'administration, division des hommes et division des femmes, d'égales dimensions : à chacune d'elles trois édifices avec leur rez-de-chaussée surélevé et leur premier étage.

Le premier édifice destiné à 100 malades du régime commun (indigents) forme un asile complet avec ses sections convenables, y compris les agités et les gâteux, les salles de bains, la tisanerie, les water-closets, salles de jour, dortoirs, etc...; on y a ménagé l'habitation d'un médecin.

Tout près de ce pavillon, est celui de 10 pensionnaires de première classe muni, lui aussi, de toutes ses sections; un médecin l'habite aussi. Rez-de-chaussée et un étage. Un peu plus loin pavillon de 40 pensionnaires de deuxième classe; même distribution. Habitation d'un médecin.

Chacun de ces pavillons sera entouré de son jardin avec sa haie vive. Les jardins seront contigus.

Le chauffage s'effectue par des poêles en terre réfractaire, à chauffage extérieur et bouches de chaleur à clefs. Dans les sections d'agités, de gâteux, d'alités, chauffage central à l'air chaud. Tout est planchéié à l'exception des corridors, des salles de bains, des laveries, des offices, des tisaneries, des cuisines, où l'on a posé de l'asphalte.

Les sections d'agités, de malades soumis à la surveillance continue (observation médico-légale), de nouveaux arrivants sont pourvues de cadres en fer dans lesquels sont installées de petites fenêtres à système de fermetures à clefs et de broches, dont le tiers supérieur peut se rabattre à l'intérieur. Systèmes de portes à un ou deux battants sans loquets. Cabinets d'aisances partout. Ce qui manque c'est une salle de fête ou de réunion.

La colonie se compose d'un bâtiment pour hommes et d'un bâtiment pour femmes (en tout 104 incurables). Un troisième bâtiment est réservé, pour le rez-de-chaussée à des ateliers, pour le premier étage à deux appartements de médecins. Tout près sont les locaux agricoles et les écuries.

L'asile a sa pharmacie à lui.

Voici maintenant les statuts de l'établissement :

1° L'asile d'aliénés de Varsovie, avec sa colonie est destinée à : *a*) traiter les aliénés dont on espère obtenir la guérison, *b*) hospitaliser des aliénés incurables, *c*) examiner les individus que les autorités considèrent comme donnant des signes d'aliénation mentale, *d*) recevoir des aliénés criminels.

2° L'asile ne recevra que des habitants du royaume de Pologne, mais s'il dispose de places vacantes en excès, l'empire peut y placer ses aliénés à la condition d'en payer le prix de journée.

3° La population de l'asile de Varsovie est fixée à 420 malades, hommes ou femmes, 104 d'entre eux considérés comme incurables, mais capables de travailler, jouiront d'une plus grande liberté.

4° On y recevra des indigents et des pensionnaires, soit 320 indigents et 100 pensionnaires (20 pensionnaires de première classe, 80 de seconde classe).

5° Le prix de pension se décompte comme suit. Un prix normal représentant le prix de journée c'est-à-dire la somme réelle que coûte le pensionnaire à la maison, et un bénéfice. Les ecclésiastiques et les fonctionnaires sans ressources, ne paieront, non plus que leurs familles le bénéfice sus-indiqué.

6° L'asile n'encaissera de la pension que le bénéfice qui viendra former son fonds spécial, le reste sera rapporté au fonds commun des établissements de bienfaisance du comité d'assistance publique de Varsovie;

7° Le placement des indigents a lieu par les soins du comité de Varsovie et l'arrêté du général gouverneur ;

8° L'établissement rentre dans le département du ministère de l'Intérieur, mais il est surveillé, sous la haute autorité du général gouverneur, par le comité d'assistance publique de Varsovie;

9° Le comité délègue ses pouvoirs à cet objet à un curateur.

10° L'établissement est dirigé par le médecin en chef qui prend le titre de directeur. Proposé par le général gouverneur, il est nommé par le ministre de l'Intérieur. Les ordonnateurs sont, sous la responsabilité du directeur, nommés, sur la proposition du gouverneur de Varsovie, par le ministre de l'Intérieur, après agrément du chef du comité d'assistance publique et de l'inspecteur médical des hospices civils de Varsovie.

L'asile comprend donc, en dehors des fonctionnaires administratifs et des employés ordinaires :

	Traitement	Indemnité de table		
1° Un directeur . . .	2,000 roub.	2,000 roub.	= 4,000 roub.	8,800 fr.
2° 3 ordonnateurs. .	1,200 —	600 —	= 5,400 —	11,880
3° 4 sous-ordonnat. .	1,000 —	500 —	= 6,000 —	13,200
4° 1 pharmacien. . .	528	entretenus par la maison.	= 528 —	1,293 fr. 60
5° 4 barbiers.	300		= 1,200 —	2,640
6° 3 coiffeuses. . . .	240		= 720 —	1,584
7° 1 surveill. en chef.	480		= 480 —	1,056
8° 4 surveillantes . .	360		= 1,440 —	3,168
9° 5 surveillants . .	420		= 2,100 —	4,620
				48,241 fr. 60

Le budget des dépenses est évalué à 116,288 roubles (255,833 fr. 60)

La construction et l'achat du terrain n'avaient pas coûté moin de 800,000 roubles (1,760,000 francs). P. KÉRAVAL.

Une visite a l'asile de Rome; par le Dr Pons.

Le nouvel asile de Rome ne répond à aucune formule classique : il n'appartient à aucun des ordres connus de l'architecture spéciale. On l'a installé sur une colline salubre, habitée déjà, en utilisant les immeubles dont elle est couverte : parmi les frondaisons étincelantes émergent des maisons blanches, aux aspects variés, aux contours disparates, villas élégantes, ateliers, fermes, quartiers de malades. Chacun de ces quartiers porte un nom différent parmi lesquels il en est de curieux : la division des agités, c'est l' « auberge de l'espérance » ; le quartier des gâteux porte l'étiquette consolante d' « auberge du repos ». Dans le manicome romain, les aliénés sont entourés d'un personnel nombreux et bien discipliné. Pour mille deux cents malades, il n'y pas moins de deux cents infirmiers ou employés. Le corps médical qui doit encore être augmenté se compose, à l'heure actuelle, de huit médecins : un médecin directeur; un vice-directeur, professeur de psychiatrie à l'Université, avec deux chefs de clinique, a sous la main les deux quartiers d'observation, hommes et femmes, trois médecins en chef sont chargés des autres services; enfin, un libéro-docent d'anatomie normale à l'Université a spécialement le soin des autopsies et des recherches anatomo-pathologiques. (*Annales médico-psychologiques*, 1891.)

E. B.

Assistance des épileptiques et des idiots dans la province de Saxe

A la suite d'une enquête médico-administrative des plus intéressantes, en ce qu'elle met en évidence la collaboration des pouvoirs publics et des médecins compétents, tels que : Lœhr, Kurella, Wildermuth, le conseil général (Landtag) de la province, a le 11 mars dernier, décidé d'acheter le domaine de Modderkuhl, près Bœrgitz (cercle de Gardelegen) pour y construire un asile de *traitement et d'hospitalisation destiné aux épileptiques et idiots*. Cet établissement, qui comprendra 360 hectares environ, devra d'abord recevoir cinq cents malades. Il ne recevra pour débuter que des épileptiques, et notamment ceux des établissements de Neinstedt (au nombre de deux cents); à Neinstedt on enverra, pendant cette même période de début, des idiots jusqu'à concurrence de six cents. Au nouvel asile on transférera également sur-le-champ, cent aliénés épileptiques de Nietleben et Alt-Scherbitz. Il va de soi que tout sera disposé pour qu'on puisse l'agrandir de façon à ce qu'il puisse recevoir mille malades. Le nom du domaine étant vilain, on lui donnera le nom d'Uchtspringe qui correspond à celui de la localité.

Voici comment sont concédés et répartis les crédits.

Achat du domaine de 160 hectares.	170,000	marks	212,500 fr.
Acquisition de 200 hect. de terrain.	30,000	—	37,500
Construct. et install. (pour 500 lits).	2,402,000	—	3,002.500
Organisation d'une station de chemin de fer	32,000	—	40,000
Agrandir l'asile de 500 lits	760,000	—	950,000
	3,394,000	marks	4,242,500 fr.

Débarrasser les asiles d'aliénés de tous les malades qui ne leur incombent pas et appliquer à ceux-ci le traitement qui leur convient et que la promiscuité empêche de leur appliquer, c'est, comme nous l'avons tous répété sur tous les tons, faire des économies, car on peut espérer en guérir et l'on est certain, en se consacrant spécialement aux entités morbides de l'aliénation mentale, de désencombrer les asiles et de diminuer la proportion des incurables. — C'est ce que l'on devrait faire pour les alcooliques ainsi que pour les vieillards et les déments. — C'est ce qui se fait actuellement partout à l'étranger. P. Keraval.

EMPOISONNEMENT PAR UNE ALIÉNÉE.

D'après une dépêche de Tours en date du 17 décembre, une femme Leheu, demeurant rue du Serpent-Volant, et dont le mari est mort il y a quelques jours, a été arrêtée sous l'inculpation d'empoisonnement. Le corps de Leheu a été exhumé et, jeudi, on l'a transporté à l'hôpital pour faire l'autopsie. La perquisition faite chez la femme Leheu a amené la découverte d'un certain nombre de flacons renfermant des substances toxiques. On raconte que *cette femme ne jouit pas de toute sa raison*, car elle aurait versé du poison à son mari devant ses enfants et devant la garde-malade de Leheu. (*Radical*, 19 décembre.) D'où la nécessité, on ne saurait trop le répéter, d'un prompt internement des aliénés.

ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS.

M. le Dr Ph. Rey, médecin en chef de l'asile public de Saint-Pierre (Marseille), conseiller général de Vaucluse, a proposé au conseil général de ce département, dans sa dernière session, la création d'un asile-colonie inter-départemental pour les enfants idiots et arriérés. Sa proposition a été adoptée par le conseil général qui a nommé une commission chargée d'étudier les voies et moyens. Les départements participants sont le Var, le Gard, les Basses-Alpes et Vaucluse. Nous ne pouvons qu'applaudir à l'initiative prise par M. le Dr Rey et le conseil général de Vaucluse. En mettant leur projet à exécution ils devanceront l'application de l'article de la nouvelle loi concernant l'obligation de l'assistance des enfants idiots et épileptiques.

Assistance des idiots et des épileptiques dans la province de Brandebourg.

L'assemblée départementale achète l'asile des épileptiques et idiots fondé il y a six ans, sur l'initiative du comité provincial, par une société de bienfaisance qui l'administrait à l'aide d'un conseil d'administration. Son capital était de 93,500 marks; le Brandebourg, augmente le capital de 56,500 marks afin que l'asile puisse continuer à s'entretenir seul à l'aide de ce fonds de 150,000 marks (187,500 francs). Une somme de 260,000 marks, (325,000 francs) est mise à la disposition du conseil afin de venir en aide aux épileptiques pauvres dénués de toutes ressources. 120,000 marks seront consacrés à l'agrandissement de l'établissement. Il va de soi que l'asile d'idiots annexe connu sous le nom de Fondation Guillaume (120 malades) sera rattaché à l'établissement, et afin qu'il n'y ait pas d'interruption entre les deux domaines, 60,000 marks serviront à acheter un petit bois qui les sépare.

L'assemblée adopte également le projet de M. Zinn, relatif à la construction d'un asile d'infirmes de 1,000 à 1,600 lits et à l'acquisition d'un domaine de 120 à 150 hectares; il en accorde les crédits (25 février 1892). P. K.

École de faibles d'esprit.

Ainsi qu'il y a deux ans à Aachen, il s'est fondé à Hanovre une école qui puisse permettre de cultiver les enfants auxquels les facultés intellectuelles ne permettent pas, pour une raison ou pour une autre, de suivre les classes soit de l'école communale, soit d'une école professionnelle, soit de l'enseignement secondaire. On sait quels services a rendu cette institution à Aachen, il en sera de même à Hanovre. C'est un exemple à suivre. P. K.

En maintes circonstances nous avons eu l'occasion de signaler l'organisation de classes spéciales pour les enfants faibles d'esprit, et dont la situation physique et intellectuelle ne nécessite pas l'internement dans des asiles spéciaux. De plus, nous en avons entretenu notre ami M. Léon Bourgeois, alors qu'il était ministre de l'instruction publique, et nous avons soulevé la question l'an dernier devant la délégation cantonale du Ve arrondissement. Malheureusement on ne paraît pas se rendre un compte exact des avantages de cette organisation pourtant si facile à réaliser. Deux classes par arrondissement seraient parfaitement suffisantes. Dans ces classes on introduirait un enseignement analogue à celui qui existe dans les institutions consacrées aux enfants arriérés. B.

Les Infirmiers.

Pour arriver à recruter un corps d'infirmiers capables, le budget de Dalldorf, de 1889-90 avait prévu un crédit de 1,000 marks (1,250 francs), destiné à venir en aide aux infirmiers blessés dans leurs fonctions ou atteints de maladies incurables. Nous faisons mieux que cela dans le département de la Seine. P. K.

Pétition de la Société de psychiatrie et de psychologie médico-légale de Vienne; par M. Gauster. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 1.)

1° Fréquentation obligatoire d'un cours de clinique psychiatrique par les étudiants en médecine avant d'être admis au troisième examen *rigorosum*; 2° Interrogation théorique et pratique sur la psychiatrie au même examen. P. K.

Bien des fois, soit dans les *Archives*, soit dans le *Progrès Médical*, nous avons insisté sur la nécessité tant sous le rapport scientifique qu'au point de vue social, de l'utilité d'un stage obligatoire pour les étudiants dans un service d'aliénés, consacré par un examen. Cette mesure, appliquée dans plusieurs pays étrangers, ne paraît pas avoir encore appelé l'attention des doyens des facultés de médecine ni du ministre de l'instruction publique. Il rentre pourtant dans leurs obligations de se tenir au courant de l'organisation de l'enseignement dans les Facultés de médecine étrangères. B.

FAITS DIVERS

Asiles d'Aliénés. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr Pagès, médecin de l'asile d'Alençon, est promu à la 2e classe du cadre (1er novembre 1892); M. le Dr Anglade, interne à l'asile de Bordeaux, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bassens (5 novembre); M. Tondu, directeur de l'asile de Bron, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Saint-Pierre de Marseille; M. le Dr Dubril, directeur de l'asile de Saint-Pierre de Marseille, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Bron (Rhône) (19 novembre); M. le Dr Dupain, médecin-adjoint de l'asile public de Bailleul, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile d'Alençon (14 décembre); M. Bresson, directeur de l'asile de Montdevergues, est promu à la 1re classe de son cadre (16 décembre).

Un cocher improvisé. — Le 25 juillet vers midi, un fiacre vide traversait la place de l'Opéra au grand trot. Il était conduit par un monsieur bien mis, d'un certain âge, qui faisait claquer son fouet d'une façon inquiétante et qui accrochait à peu près toutes les voitures à sa portée. Ce singulier attelage étonnait.

Le fiacre s'engagea bientôt, au galop du cheval, dans l'avenue de l'Opéra. La foule intriguée suivait.

Devant un des magasins de l'avenue, au numéro 20, le singulier équipage s'arrêta et le vieux monsieur, gravement, enroula les guides autour du manche du fouet et descendit.

Les agents s'approchèrent. Le vieux monsieur était rentré dans le magasin. Il ressortit presque aussitôt, les agents l'interpellèrent, il ne daigna pas répondre. Cependant, devant leur insistance, il se décida à dire qu'il ne pouvait leur fournir aucun renseignement, sauf qu'il se rendait à l'Elysée, pour y prendre M. Carnot qui l'attendait. Les agents s'aperçurent alors que le cocher fantaisiste ne paraissait pas jouir de ses facultés mentales, et ils se disposèrent à l'emmener au poste voisin.

A ce moment, plusieurs employés du magasin sortirent et s'interposèrent, priant les agents de laisser le vieux monsieur en liberté. Il était très connu d'eux; représentant de commerce. M. H. était, dirent-ils, atteint de troubles cérébraux. Ils s'engageaient à payer le temps perdu par le cocher, auquel M. H. avait pris sa voiture, et à acquitter les frais de la fourrière, où les agents se disposaient à conduire le fiacre. Enfin, après de longs pourparlers, le vieux monsieur put regagner son domicile sans être autrement inquiété. Mais le plus curieux c'est qu'il a été impossible de savoir à quelle station M. H. s'était emparé de cette voiture et que le cocher dépossédé n'a pas encore été retrouvé.

(*Eclair*, 25 juillet 1892.)

Aliénation mentale. — Il y a quelques jours, une femme, demeurant 25, rue Delille, nommée Rose Larantagaret, veuve Filial, avait, dans un moment de folie, essayé de se suicider en se portant plusieurs coups de rasoir à la gorge. On vint à temps pour l'empêcher de se faire des blessures irrémédiables. Grâce aux soins qui lui furent immédiatement donnés, elle eût la vie sauve. Et aujourd'hui, elle est guérie de ses entailles, mais le cerveau étant toujours dérangé, on vient de l'interner d'urgence à l'asile de Saint-Pons. (*Petit Var*, 8 Juillet.) — Il aurait été plus sage de l'interner avant sa tentative de suicide. Malheureusement beaucoup de préfets ne veulent signer d'arrêtés d'internement que si les malades ont prouvé qu'ils étaient dangereux.

Les Épileptiques. — Un jeune vacher, nommé Émile Partie, âgé de quinze ans, a été trouvé mort dans un bateau de pêche voguant sur la Seine. Ce malheureux, sujet à de fréquents accès

epileptiques, est tombé, sous le coup de son mal, et a trouvé la mort par asphyxie dans quelques centimètres d'eau où sa tête est venue baigner. (*Rappel de l'Eure*, 27 juin 1891.) — Ce fait montre une fois de plus l'utilité de l'hospitalisation des épileptiques.

Suicide d'une aliénée. — Mercredi, pendant l'absence de son mari, Mme Thorain, âgée de vingt-neuf ans, qui depuis quelque temps donnait des signes d'aliénation mentale, s'est jetée dans un puits profond de 20 mètres et dans lequel il y avait 2m,50 d'eau. Ce n'est que deux heures après que M. Maréchal, qu'on était allé chercher à Ingré, personne n'osant descendre dans le puits, qu'on a retiré le cadavre de Mme Thorain. M. le Dr Vincent appelé, n'a pu que constater le décès. (*Républicain orléanais*, du 22 juillet.)

Le drame du boulevard Garibaldi. — Un drame épouvantable de la folie s'est passé hier à Grenelle. Vers trois heures du soir, Mme Piene, âgée de trente-deux ans, demeurant 15, boulevard Garibaldi, prise d'un accès de folie subite, s'armait d'un tisonnier et se ruant sur sa petite fille, Albertine, âgée de dix ans, en frappait l'enfant avec une rage sans pareille.

Blessée grièvement à la tête et aux reins, la malheureuse fillette pleurait et criait, implorant sa mère.

— Maman, ma petite maman, je n'ai rien fait de mal.

Aux cris de l'enfant, des voisins accoururent, enfoncèrent la porte et retirèrent des mains de la folle, la malheureuse enfant au moment où sa mère cherchait à l'étrangler. L'enfant dont l'état est très grave, a été conduite à l'hospice des Enfants-Malades. Quant à la mère, elle a été conduite à l'infirmerie du Dépôt, par les soins de M. Dubonnois, commissaire de police du quartier.

Ce fait, avec tant d'autres montre la nécessité d'un prompt internement des malades aliénés, et partant d'un traitement dès le début de la folie. Georges Guinon et J.-B. Charcot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Prime exceptionnelle à nos lecteurs.

LES

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE

Policlinique (1887-88, t. I, 2e édit. et 1888-80, t. II), notes de cours recueillies par MM. Blin, Charcot, H. Colin, élèves du service. Deux beaux volumes in-4° couronne de plus de 600 pages chacun. — Prix des deux volumes : 40 fr. — Pour nos abonnés : **25 fr.** — Pour la France et l'étranger. Prix : **27 fr.**

Aveta et de Angelis. — *Azione del somnalio nelle psicopatie.* Brochure in-8° de 19 pages. — Aversa, 1892. — Tipografico Panfilo Castaldi.

Bourneville. — *Histoire de la section des enfants de Bicêtre.* Volume in-8° de 140 pages, avec 11 figures et une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75.

Bourneville. — *Histoire de la fondation Vallée.* Brochure in-8° de 72 pages avec 3 planches. — Prix : 2 fr. Pour nos abonnés : 1 fr. 50. — Bureaux des *Archives de Neurologie.*

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891, avec la collaboration de MM. Banzet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier. Volume in-8° de cviii-144 pages, avec 2 planches et 13 figures. Tome XII de la série. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés, 3 fr. 50. Aux bureaux du *Progrès médical.*

Brunet (D^r). — *Rapport présenté au Conseil général de l'Eure* (session d'août 1892,) *sur l'asile d'aliénés d'Evreux.* Brochure in-8° de 56 pages. Evreux, 1892. — Imprimerie E. Quettier.

Charcot (J.-M.). — *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* Notes de cours de MM. Blin, Charcot et Colin, *Seconde* édition, 1 vol. in-4° de 502 pages, avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, 1892. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 16 fr.

Chervin. — *Diagnostic différentiel du bégaiement et des autres troubles de la parole.* Brochure in-8° de 11 pages. — Paris, 1892. — *Union Médicale.*

Dedichen (H.). *Philippe Pinel* (In Studie). Brochnre in-8° de 11 pages. — Kristiana, 1892. — Steensk Bogtrykkeri.

Féré (Ch.). — *La pathologie des émotions* (*Études physiologiques et cliniques*). Volume in-8° de 620 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, 1892. — Librairie F. Alcan.

Garnier (S.). — *Asile départemental d'aliénés de Dijon.* — Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1891. — Volume in-8° de 106 pages. — Dijon, 1892. — Imprimerie Carré.

Garnier (S.). — *Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.* Brochure in-8° de 73 pages. — Paris, 1892. — Librairie A. Rousseau.

Morselli (E.). — *Sulle vibrazioni meccaniche nella cura delle malattie nervose et mentali.* Brochure in-8° de 7 pages. — Napoli, 1892. — F. Vallardi.

Ramadier. — *Rapport spécial de M. le Directeur de l'asile d'aliénés de Rodez.* Deuxième session de 1892. Brochure in-8° de 27 pages. — Rodez, 1892. — Imprimerie Ve Virenque.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux Ch. Hérissey, imp. — 193.

Vol. XXV. **Mars-Avril 1893.** **N° 74.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

AVIS. — *La première partie de chacun des numéros des* ARCHIVES *est consacrée à des* MÉMOIRES ORIGINAUX *sur l'*ALIÉNATION MENTALE *ou la* NEUROLOGIE. *Ces mémoires sont* INÉDITS *et n'ont été ni analysés, ni résumés dans aucune autre publication.*

CLINIQUE NERVEUSE.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. CHARCOT

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE OU AMYOTROPHIE HYSTÉRIQUE? DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC.

(Leçon recueillie par M. le Dr DUTIL.)

MESSIEURS,

Je me suis attaché dans la dernière leçon à vous faire reconnaître sur deux sujets appropriés et mis en présence l'un de l'autre pour être étudiés parallèlement, les caractères cliniques qui distinguent la sclérose latérale amyotrophique de l'affection désignée sous le nom d'amyotrophie spinale progressive type Duchenne-Aran (poliomyélite antérieure chronique, progressive).

Aujourd'hui, je voudrais, avant d'entrer dans la discussion du cas qui vous sera soumis, compléter à

quelques égards le tableau des atrophies progressives en vous signalant un certain nombre d'affections qui intéressent également le système musculaire, y produisent des amyotrophies et des impuissances motrices plus ou moins généralisées et à tendance progressive et peuvent, par conséquent, simuler plus ou moins parfaitement soit la sclérose latérale amyotrophique, soit la paralysie du type Duchenne-Aran.

Cette question du diagnostic différentiel des atrophies musculaires progressives se confond presque avec la suivante qui offre plutôt un intérêt historique, mais qui n'est certes pas à dédaigner : qu'est devenu l'ancien groupe *atrophie musculaire progressive*, tel que ce grand observateur le concevait? Vous n'ignorez pas que ce grand groupe que Duchenne, il y a trente ans, considérait comme constituant une unité homogène, s'est aujourd'hui par les efforts de l'analyse anatomo-clinique disloqué, décomposé en un certain nombre d'espèces pathologiques qui présentent entre elles des différences si profondes qu'on s'étonne (aujourd'hui que l'on a appris à en saisir les caractères distinctifs), comment un observateur aussi fin, aussi pénétrant que Duchenne (de Boulogne), a pu les réunir sous une même rubrique.

Les deux types que je vous ai présentés dans notre dernière réunion et qui répondent l'un à la sclérose latérale amyotrophique, l'autre à l'atrophie du type Duchenne-Aran, ont pour caractères communs une lésion nécessaire des cornes antérieures de substance grise, évoluant suivant le mode chronique. A cet égard, la seule différence qui existe entre les deux affections, c'est, vous le savez, que dans la maladie

de Duchenne-Aran, la poliomyélite antérieure est isolée, tandis que dans l'autre maladie elle paraît être consécutive ou tout au moins associée à une leucomyélite latérale. Mais, ainsi que je vous l'ai fait sentir l'autre jour, il n'est pas d'affection spinale à évolution lente, qui occupant primitivement les faisceaux blancs ou les régions de la substance grise, autres que les cornes antérieures, ne puisse retentir sur cette partie de la substance grise et déterminer secondairement, accidentellement en quelque sorte, les symptômes de la poliomyélite antérieure, c'est-à-dire l'atrophie musculaire progressive.

1° Certaines *myélites diffuses* prédominant dans le renflement cervical et intéressant la substance grise des cornes antérieures de cette région de la moelle peuvent reproduire assez fidèlement les caractères cliniques de l'atrophie musculaire progressive. M. Raymond en rapportait récemment un exemple à la Société médicale des hôpitaux;

2° La *sclérose en plaques* disséminées est aussi susceptible de réaliser une destruction lente des cellules ganglionnaires de la moelle cervicale. Le fait est exceptionnel, mais il a été observé. En pareil cas, on se trouve en présence d'une paralysie atrophique des deux membres supérieurs, dont l'évolution plus ou moins progressive, jointe à l'état spasmodique des membres inférieurs, à certains troubles bulbaires peut en imposer un instant.

3° La même altération des cornes antérieures, se traduisant par une atrophie symétrique et lentement effectuée des muscles de la main et des avant-bras, peut encore se rencontrer dans le cours du *tabes*. Mais alors

le diagnostic est trop facile, je n'ai pas à y insister.

Je ne veux mentionner ici que les cas principaux et non tous les cas dans lesquels une affection spinale qui n'a pas pour caractère essentiel de déterminer une amyotrophie plus ou moins progressive, peut, par circonstance, réaliser ce symptôme. De toutes ces affections, celle peut-être qui le plus souvent crée la difficulté que je signale, c'est la *syringomyélie*. Vous savez que le processus anatomique, qui la caractérise, localisé tout d'abord dans le voisinage du canal épendymaire ou dans l'aire des cornes postérieures, envahit à la longue les cornes antérieures, retentit secondairement sur les faisceaux blancs, et en particulier sur les cordons latéraux. Lorsque cette éventualité se réalise dans le renflement cervical, il en résulte une atrophie progressive et souvent symétrique des deux membres supérieurs, tout à fait semblable, vous le comprenez, soit à l'atrophie du type Aran-Duchenne, soit à la sclérose latérale, si elle s'accompagne d'un état spasmodique suffisamment accentué. Jetez les yeux sur les membres supérieurs de ce malade et faites pour un instant abstraction de la scoliose. Vous apercevez les mêmes déformations en griffe des deux mains, l'aplatissement des éminences thénar et hypothénar, les mêmes contractions fibrillaires que je vous ai fait constater dans le cas de poliomyélite antérieure chronique. S'agit-il ici encore de cette affection ? Nullement, car si vous poursuivez votre examen, vous remarquerez que les membres inférieurs sont raides, les réflexes tendineux, les réflexes rotuliens en particulier, sont exagérés, très brusques et la trépidation spinale se produit dès qu'on redresse brusquement

l'avant-pied. Serait-ce donc la sclérose latérale amyotrophique avec son pronostic fatal à brève échéance? Il n'en est rien ainsi que vous allez le voir. Il existe chez cet homme, étendue à tout le membre supérieur gauche et à une partie du thorax, une anesthésie dissociée de telle sorte que, la sensibilité tactile étant parfaitement conservée, les sensations de douleur et de température ne sont plus perçues. Ce n'est pas tout: la scoliose que est ici si prononcée, les troubles trophiques, les bulbes pemphigoïdes, les panaris mutilants, les arthropathies, tous ces symptômes n'apparaissent jamais dans le cours de la sclérose latérale. Ils appartiennent à l'histoire de la syringomyélie. Duchenne (de Boulogne) eut très certainement rangé ce fait parmi les cas d'amyotrophie progressive anormaux par l'immixtion de troubles de la sensibilité. « Parfois, dit-il, par exception, une anesthésie cutanée plus ou moins prononcée, se montre combinée aux symptômes classiques de l'atrophie musculaire progressive. Cette anesthésie est quelquefois si grande que les malades ne perçoivent ni les excitations faradiques les plus fortes, ni l'action du feu. J'en ai vu qui s'étaient laissé brûler profondément les parties anesthésiées, parce qu'ils n'avaient pas perçu l'action des corps incandescents et qu'ils n'avaient pas été prévenus par la vue que ces parties se trouvaient en contact avec eux. » Sans nul doute, ces quelques remarques de Duchenne sont relatives à des cas de syringomyélie.

Mais laissons de côté ces amyotrophies d'origine

[1] Duchenne (de Boulogne), 3e édit., 1872; p. 503.

spinale, qui toutes figuraient dans l'ancien groupe de l'atrophie musculaire progressive. Elles n'y prenaient pas toute la place, une partie de celle-ci était occupée par un autre groupe qui en est aujourd'hui définitivement séparé, celui des myopathies primitives ou de la myopathie primitive, comme on le désigne encore, suivant qu'on adopte la doctrine unitaire ou séparatiste des diverses formes sous lesquelles elles peuvent se présenter. Messieurs, très certainement la myopathie primitive était englobée dans le grand groupe de l'atrophie musculaire progressive de Duchenne. Nous en avons la preuve et vous n'ignorez pas qu'il y a vingt ans, on pensait que cette amyotrophie reconnaissait toujours une origine spinale. — Voici en deux mots comment la scission s'est faite : dès cette époque, la paralysie dite pseudo-hypertrophique, maladie progressive, n'était pas confondue avec l'amyotrophie progressive en raison de son apparition dans l'enfance, de l'hypertrophie des muscles, etc. Elle avait été reconnue comme indépendante de lésions de la moelle et des nerfs, par Eulenbourg et Conheim en 1866, et par moi-même en 1871. Cette forme resta longtemps l'unique représentant du groupe qui, par la suite, s'est fort étendu.

En 1884, M. Erb décrit une forme *juvénile* d'atrophie musculaire progressive, qu'il considère comme analogue, ou pour mieux dire, comme franchement identique, à la paralysie pseudo-hypertrophique. Il affirme et les recherches ultérieures ont montré qu'il avait raison, qu'elle est aussi indépendante, de toute altération spinale. Cette forme se développe en général vers la vingtième année ; elle débute par les muscles

de la ceinture scapulo-humérale, respectant pendant longtemps les muscles de l'avant-bras et de la main. Il y a parfois pseudo-hypertrophie de certains muscles, les deltoïdes, les triceps du bras, et les muscles du mollet. A ces caractères, il convient d'ajouter l'absence de contractions fibrillaires, de réaction, de dégénérescence, etc., tous caractères qui permettent de la différencier aisément des atrophies progressive, d'origine spinale. Cette forme avait cependant été englobée dans la description de la maladie de Duchenne; vous pourrez voir dans son livre une planche qui a trait à un cas d'atrophie répondant bien certainement à la forme juvénile d'Erb.

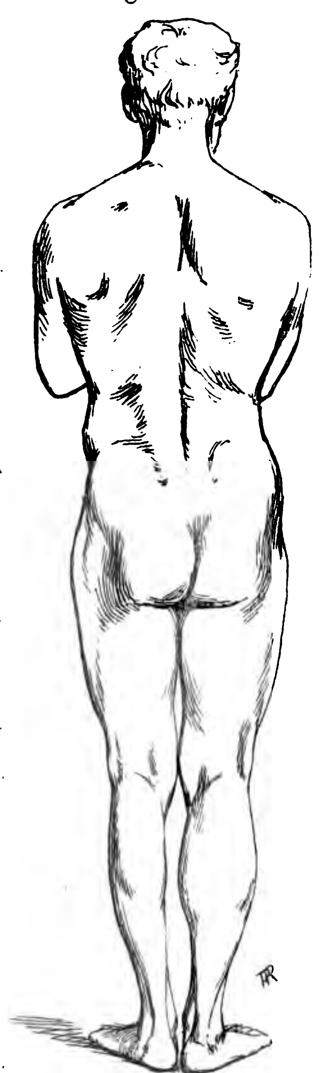
Vers la même époque, en 1884, MM. Landouzy et Déjerine ont repris l'étude de la *forme infantile* de l'atrophie musculaire progressive, d'après Duchenne. Ces auteurs ont eu le mérite, dans leur description, de préciser les caractères cliniques de cette forme, et de montrer qu'indépendante de toute altération de la moelle et des nerfs périphériques, elle devait faire retour au groupe des myopathies primitives. Les deux malades que voici sont deux exemples typiques de cette variété d'atrophie myopathique.

Aujourd'hui on s'accorde assez généralement pour reconnaître que ces trois espèces, que des variétés intermédiaires rattachent d'ailleurs l'une à l'autre, sont au fond identiques. Sous des modalités diverses, elles appartiennent à une seule et même maladie : la myopathie primitive. Messieurs, mon intention n'est pas d'étudier à fond les myopathies primitives. J'en ai dit assez pour le but que je me proposais d'atteindre et qui était de vous retracer les grandes lignes du dai-

gnostic différentiel des formes spinales de l'amyotrophie progressive, vis-à-vis des autres amyotrophies. Les considérations qui précèdent me permettront de bien mettre en valeur le cas qui va vous être présenté et qui nous embarrasse, je vous l'avoue, singulièrement. C'est à ce point qu'il me sera impossible de vous proposer un diagnostic ferme, et que, par conséquent, le pronostic et la thérapeutique se ressentiront de nos hésitations. Deux hypothèses se présentent : la première est pessimiste ; il s'agit d'une lésion organique, spinale, téphromyélique à marche progressive et fatale; la seconde optimiste : la lésion est de nature dynamique et, malgré les apparences contraires, parfaitement curable.

Un malade, de constitution robuste, âgé de trente et un ans, est né en Belgique, près de Liège. Après avoir travaillé pendant plusieurs années à la fabrication des chapeaux de paille, il fait actuellement le métier de placier à Paris. Je vous parlerai plus tard de ses antécédents héréditaires et de ses antécédents personnels qui sont intéressants. J'en viens immédiatement à l'incident qui fait qu'il est venu nous consulter. Il fit le 11 janvier dernier une singulière découverte alors qu'il était au bain. Il remarqua pour la première fois (aucun trouble fonctionnel ne l'avait annoncé) que son membre inférieur gauche, cuisse, jambe et pied, ces deux derniers segments surtout, avait considérablement diminué de volume. Je le répète, il n'avait jamais éprouvé aucune gêne, aucun trouble de la sensibilité dans l'accomplissement des fonctions de ce membre. C'est la vue, la vue seule qui lui a révélé l'atrophie considérable qui porte sur le membre

inférieur gauche. Et son étonnement, son émotion furent tels lorsqu'il remarqua l'existence de cette atrophie qu'il eut quelques instants après une crise de nerfs. C'est un hystérique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point. Il vint nous consulter le 19 janvier, c'est-à-dire huit jours après. Il était alors exac-



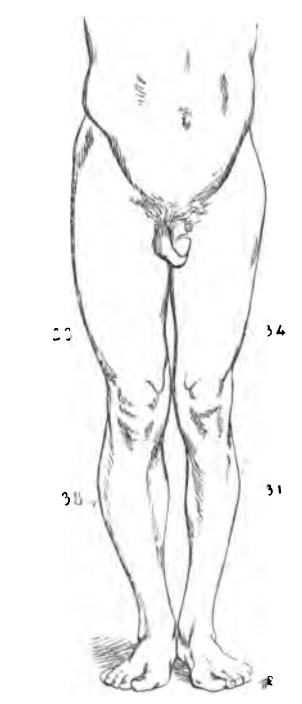


Fig. 15 et 16.

tement dans l'état où nous le voyons aujourd'hui. L'a-

trophie est des plus prononcées ; elle saute pour ainsi dire aux yeux tant la différence de volume des deux membres inférieurs, est marquée (elle est de 5 centimètres au mollet) (*fig.* 15 et 16).

Il est impossible de croire que ce soit là une malformation originelle. Le sujet a été militaire, il a été examiné à plusieurs reprises par différents médecins. C'est donc une chose récente ou relativement récente que cette atrophie. Il vient nous demander un avis, un pronostic, un traitement s'il y a lieu. De quoi s'agit-il ?

Voici ce qu'un examen méthodique nous a permis de constater. L'atrophie porte sur les muscles du pied, de la jambe, de la cuisse et de la fesse. Elle prédomine à la jambe ; l'attitude du membre est à peu près normale ; il semble seulement qu'il existe un certain degré de spasme dans les muscles extenseurs des orteils ; les tendons extenseurs se dessinent plus nettement sur le dos du pied et la pulpe des orteils, légèrement soulevés, ne touche pas le sol. Il n'y a aucune modification de la coloration, ni de la température du membre, aucun trouble de la sensibilité. Les muscles atrophiés sont le siège de contractions fibrillaires considérables ; elles sont excessivement énergiques dans le droit antérieur ; et elles déterminent là des mouvements d'élévation de la rotule brusques et très étendus. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, mais d'une manière égale à droite et à gauche. Il n'y a pas trace de trépidation spinale. Avec cela aucun trouble de la motilité ; la démarche est ferme, assurée et le malade peut se tenir debout et marcher toute une journée (comme il l'a fait il y a quelques jours à titre d'essai), sans ressentir dans la jambe atrophiée un sentiment de fa-

tigue ou de gêne appréciable. Cependant, à l'épreuve, des mouvements provoqués avec résistance de la part du malade, on peut se rendre compte que l'énergie des contractions musculaires est un peu moindre du côté lésé.

Les réactions électriques sont normales. Quelle est donc la signification d'une semblable atrophie? On peut rejeter tout d'abord l'hypothèse d'une lésion névritique que l'état des réflexes tendineux et la contractilité électrique des muscles rendent inadmissible. Il en est de même de l'hypothèse d'une lésion cérébrale, que rien ne nous autorise à envisager. S'agit-il d'une téphro-myélite aiguë, l'idée n'est pas plus soutenable et il me paraît inutile d'y insister. Serait-ce une de ces myélites diffuses, mais prédominant dans les cornes antérieures de substance grise et dont je vous parlais tout à l'heure? Je ne vois guère quelle en serait l'origine, ni la syphilis, ni aucune autre maladie infectieuse, ne sauraient être invoquées ici.

D'ailleurs ces myélites diffuses déterminent généralement quelques troubles de la sensibilité; or, il n'est pas question de cela chez notre malade. Il faut donc en venir aux affections spinales silencieuses quant à la sensibilité, mais se traduisant à la fois par de l'atrophie des muscles et de l'exaltation des réflexes tendineux, c'est précisément le cas de la sclérose latérale amyotrophique, envisageons cette hypothèse et poursuivons l'examen de notre sujet. Si nous étudions l'état des différentes régions et en particulier des membres supérieurs nous trouvons que les muscles de l'épaule droite et de la partie supérieure du bras ont subi un commencement d'atrophie, qu'ils sont le siège de con-

tractions fibrillaires manifestes et qu'enfin les réflexes tendineux comme ceux des membres inférieurs sont notablement exagérés. Il s'agit donc évidemment d'une atrophie qui tend à se généraliser. Le réflexe massétérin n'est pas exagéré; il n'y a aucun trouble de l'innervation bulbaire; nous n'en sommes pas moins conduits à accepter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique de date récente, anormale sans doute à beaucoup d'égards, mais qui n'en est pas moins destinée à poursuivre son évolution fatale et à entraîner la mort du malade dans un laps de temps relativement court. Cependant n'est-il pas singulier qu'avec une atrophie aussi accentuée l'examen électrique ne révèle en aucun muscle l'existence de la réaction de dégénérescence partielle et que le malade ne présente pas le plus léger degré d'impotence motrice!

Faut-il s'arrêter à cette hypothèse? On peut en envisager une autre plus favorable, l'hypothèse d'une lésion purement dynamique à laquelle je faisais allusion en commençant. Vous allez voir, messieurs, qu'après discussion, cette seconde hypothèse n'est pas, tant s'en faut, absurde. Elle mérite au moins d'être considérée de près. Nous avons signalé déjà, chemin faisant, bien des choses qui ne cadrent pas tout à fait avec l'hypothèse de lésion spinale organique, ne fût-ce que l'absence d'une impuissance motrice dans un cas d'atrophie musculaire aussi avancée.

Eh bien! le malade est un névropathe, un hystérique; il est facile de l'établir. Il a eu, à notre connaissance, deux crises parfaitement caractérisées de petite hystérie à la suite de contrariétés. Il n'a pas de stigmates permanents, il est vrai, pas d'anesthésie, pas de

rétrécissement du champ visuel, mais il a un passé de névropathe et une hérédité des plus chargées. Dans son enfance jusqu'à l'âge de quinze ans, il avait des terreurs nocturnes. Le soir vers 10 ou 11 heures, peu après qu'il s'était couché, il voyait en un rêve terrifiant une masse de feu s'avancer vers lui. Il se levait nu en poussant des cris et accourait près de sa mère en proie à une terreur folle. Cette sorte d'émoi durait parfois plus d'une heure et se renouvelait fréquemment. D'un autre côté, le tableau d'hérédité ne laisse rien à désirer.

CÔTÉ PATERNEL	CÔTÉ MATERNEL
PÈRE. — *Vif, emporté.* Dans l'*enfance* gardant les *vaches*, terreur soudaine qui lui faisait quitter le troupeau.	MÈRE. — Rien à noter.
UN ONCLE. — *Mégalomane habituel.* *Aliéné* pendant deux ans, aujourd'hui encore se croit très intelligent, très supérieur.	DEUX COUSINS GERMAINS, Sont *tiqueurs*.
UNE TANTE. *Crises* de nerfs bruyantes (hystérique).	UNE COUSINE GERMAINE. — *Hystérique.*

SŒUR DU MALADE
A eu des attaques hystériques pendant deux ans.

Ainsi donc c'est un hystérique et un prédisposé héréditaire; cela n'est pas douteux. Mais, tout n'est pas nécessairement hystérique, chez un hystérique, les cas où la névrose s'associe à telle ou telle affection du système nerveux sont loin d'être rares. En est-il ainsi chez notre malade. Je ne le crois pas. Quoi qu'il en soit une autre question se pose que nous allons maintenant examiner. L'hystérie par elle-même n'est-elle pas capable de provoquer des amyotrophies, et ces amyotrophies, si elles existent, ont-elles des caractères tels qu'elles puissent simuler les atrophies de cause spinale? Malgré l'invraisemblance qui semble à priori s'attacher à une pareille proposition pour des audi-

teurs peu familiarisés avec les difficultés de diagnostic que crée l'intervention fréquente de l'hystérie dans la clinique neuropathologique, je dois vous déclarer qu'une réponse affirmative doit être faite à la question que je viens de formuler. Oui, il existe des amyotrophies relevant de l'hystérie, subordonnées à elle, subissant le sort des autres manifestations de la névrose et, c'est là le point essentiel, apparaissant et disparaissant avec elles.

Messieurs, si l'on tient compte des documents que l'on pourrait appeler préscientifiques, il y a longtemps que ces atrophies singulières sont connues.

Des observations peu contestables en ont été rapportées en des récits naïfs mais véridiques et accompagnés de planches à l'appui, par Carré de Montgeron. — Dans ses narrations relatives aux miracles opérés sur le tombeau du bienheureux diacre Pâris, vous trouverez deux cas, celui de la demoiselle Coin et d'un nommé Sergent, qui sont fort instructifs au point de vue qui nous occupe en ce moment. Mais, l'étude régulière de ces amyotrophies est de date récente. Elles ont été décrites par W.-C. Kahlkof, dans une thèse faite sous l'inspiration de Sœligmuller. Dans le cours de la même année, M. Babinski en publiait quatre observations on ne peut plus démonstratives. Des faits du même ordre ont été observés depuis par MM. Chauffard, Ballet, Blocq, Debove, etc.

Ces amyotrophies hystériques offrent en général les caractères suivants : coïncidant fréquemment mais non toujours avec la paralysie ou l'anesthésie des membres où elles se produisent, elles se développent parfois en quelques jours après une durée qui est très variable

elles peuvent rétrocéder soit lentement, soit rapidement suivant les cas. Ces atrophies souvent considérables ne s'accompagnent pas de contractions fibrillaires, mais vous pourrez rencontrer dans les publications de ces dernières années certains exemples d'atrophie musculaire hystérique dans lesquels l'existence des contractions fibrillaires, le siège de l'amyotrophie (éminence thénar, observation de Cahn, dans le mémoire de MM. Gilles de la Tourette et Dutil, *Nouvelle Iconographie*, 1889), joints à l'exagération des réflexes qu'on observe parfois chez les hystériques sont autant de traits qui, au premier abord, pourraient en imposer et faire croire à une amyotrophie d'origine spinale. Ce sont là, toutefois, des faits très exceptionnels; puis en pareil cas l'examen électrique des muscles permet le plus souvent de fixer le diagnostic; car il n'a pas été démontré du moins jusqu'à ce jour que l'atrophie musculaire hystérique peut donner lieu à des réactions de dégénérescence; cela étant dit, si vous envisagez ce côté du tableau sans préjugé, sans idée préconçue, vous verrez qu'il n'y a rien d'absolument contradictoire entre les faits observés chez notre malade et l'hypothèse d'une atrophie dynamique. Car ici on ne constate aucune des modifications des réactions auxquelles on était en droit de s'attendre pour une atrophie aussi prononcée, si son point de départ était organique.

Acceptons une situation mixte puisqu'il nous est impossible de faire mieux. Ce malade, lui, n'y perdra rien, car nous pourrons combiner nos propositions thérapeutiques en vue des deux hypothèses que nous avons réservées. Telle est, messieurs, l'attitude si je ne

me trompe, véritablement médicale, véritablement clinique que vous auriez à prendre dans un cas semblable à celui-ci.

OBSERVATION. — *Sclérose latérale amyotrophique* ou *Amyotrophie hystérique? (difficultés de diagnostic).*

Troq..., trente et un an, placier; né en Belgique, près de Liège; a appris et exercé le métier de fabricant de chapeaux de paille. Depuis l'âge de quinze ans vient faire la saison à Paris (d'octobre à janvier). La saison terminée, il retournait chez ses parents, en Belgique, gagnait sept à huit francs par jour.

Depuis deux ans a cessé de fabriquer; il fait la place à Paris. A été soldat de vingt à vingt-trois ans. Lorsqu'il passa devant le conseil de révision, aucune remarque ne fut faite par le médecin major en ce qui concerne sa santé ou sa conformation extérieure. — Il fut examiné de nouveau lors de son arrivée au régiment, — il faisait partie du corps de musique et marchait avec son régiment sans difficulté. — Il y a un an en montant dans une voiture il se heurte la jambe contre le marche-pied et se fait une petite plaie insignifiante qui ne l'a pas arrêté même un jour.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Côté paternel.* — *Père* vif, emporté. Dans son enfance il avait des peurs qui le prenaient subitement tandis qu'il était aux champs, il quittait son travail et courait vers ses parents en proie à une frayeur très vive; un *oncle* mégalomane a été fou pendant deux ans, à la suite d'une perte d'argent se mit à délirer, ne voulait plus rentrer chez lui; il finit par se calmer, mais aujourd'hui encore si on l'excite, s'il boit tant soit peu, il tient des propos extravagants : propos de grandeur, se croit très intelligent, grand lettré. Une *tante* a des attaques nerveuses « on la tient pendant ses crises et elle pousse des cris ». Une *sœur* du malade a eu des attaques d'hystérie pendant deux ans.

Côté maternel. — *Mère* bien portante, deux *cousins germains* tiqueux et une *cousine germaine* hystérique à attaques.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dans son enfance et jusqu'à l'âge de quatorze ans ou quinze ans, il a été sujet à des crises de nerfs très particulières, sortes de terreurs nocturnes qui s'emparaient de lui pendant le premier sommeil, le faisaient sortir du lit, se précipiter vers sa mère en poussant des cris et avec des gestes d'effroi. Voici ce qu'il raconte à ce propos.

Cela le prenait environ une fois ou deux par semaine, le soir, vers onze heures, peu de temps après qu'il s'était couché, il apercevait tout à coup dans le lointain, un feu qui allait grandissant et se rapprochait de lui, pris de frayeur, il se dressait sur son lit, trem-

blant de tous ses membres, brusquement il sautait à terre et courait vers sa mère, se cramponnait à ses vêtements en poussant des cris. Le malade ne perdait pas connaissance. Il se rappelait très bien le lendemain tous les détails de la crise. Il se souvient que sa mère cherchait à le calmer, lui parlait pour le distraire de ses jeux, de ses camarades, le promenait dans le jardin. Cet émoi durait une heure, une heure et demie. Après quoi il se recouchait et dormait d'un sommeil tranquille jusqu'au lendemain. On disait dans le village qu'il était somnambule ; d'autres prétendaient qu'il était atteint du « mal de saint Gilles » et il fut question de le conduire en pèlerinage près la statue de saint Gilles en la cathédrale de Liège. A partir de sa quinzième année, ces accidents ont cessé complètement.

Dans le temps qu'il était soldat, il lui vint un jour quelques boutons sur la peau de l'abdomen, à la ceinture. Il alla le montrer au major qui déclara qu'il avait la syphilis. Le malade fit remarquer qu'il n'avait pas et n'avait jamais eu ni chancre, ni écorchure ni aucune autre éruption. Il fut envoyé à l'hôpital, deux jours après son arrivée à l'hôpital, son éruption a disparu. Il n'en fut pas moins soumis au traitement spécifique, mais pendant trois jours seulement. Le troisième jour, il fut pris de gonflement, d'œdème généralisé, avec dyspnée (?). On cessa la médication iodurée et mercurielle. Il resta six semaines malade. L'œdème disparut rapidement en quelques jours mais il lui resta un épanchement au côté (?); on lui mit des ventouses, un vésicatoire sur la poitrine. Il se rétablit complètement après un mois de convalescence. Depuis cette époque, aucune éruption suspecte. Il est plus que probable qu'il n'a jamais eu la syphilis. En rentrant de son congé de convalescence, il fut encore examiné par le médecin du régiment qui ne remarqua rien d'anormal dans son état de santé.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, il lui fut impossible de payer certaine somme qu'il s'était engagé à rembourser : chagrins. Etat mélancolique. Un ami lui promit de lui avancer cette somme. Mais au moment voulu, il s'y refusa ; cette nouvelle déception provoqua, séance tenante, une première crise. Il se trouvait dans un café; « quelque chose, dit-il, lui a monté du ventre jusqu'à la partie supérieure de la poitrine. Ça l'étouffait. Il s'est mis à serrer les poings convulsivement, à claquer des dents. — A la fin de la crise, grands soupirs et pleurs. — Pas de perte de connaissance.

Le lendemain, il reprit ses occupations de placier comme à l'ordinaire. Il n'avait mal nulle part. Toujours triste et préoccupé cependant, à l'occasion du jour de l'an, il alla voir ses parents en Belgique. Il y apprit que ses affaires pouvaient s'arranger. Dès lors, il fut gai, reprit son entrain habituel.

De retour à Paris le 11 janvier, il alla le lendemain de son arrivée prendre un bain. Et là, dans sa baignoire, il s'aperçoit que sa jambe gauche est beaucoup plus petite que l'autre. Il en éprouve une émotion très vive. « Je vais peut-être, se dit-il, ne plus pouvoir travailler. » Le soir même, dans sa chambre, en montrant sa jambe à son frère il eut une *deuxième crise de nerfs.* — Entré à la Salpêtrière le 19 janvier 1893.

Etat actuel. — On constate chez cet homme :

1° Atrophie du membre inférieur gauche intéressant les deux segments du membre (jambe, cuisse et fesse), cette atrophie est très prononcée. Contraste choquant au premier coup d'œil avec le membre du côté droit.

CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE
	DIFFÉRENCE
Cuisse à 12 centimètres au-dessus de la pointe de la rotule : 38 centimètres.	— 34,5 = 3,5
Jambe à 15 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule : 38,5	— 31,5 = 5 cent.

La fesse et le haut de la cuisse sont relativement moins atrophiés que les régions inférieures du membre.

2° Atrophie des muscles du *bras*, du *deltoïde* et du muscle sous-épineux du côté *droit*. Le deltoïde est moins saillant. Il y a un méplat notable sous l'épine de l'omoplate.

Le bras mesure ;

DROIT, côté malade	GAUCHE	DIFFÉRENCE
27 centimètres à la partie supérieure.	28 centimètres	1 centimètre.

Les avant-bras, les mains ne sont atrophiés à aucun degré. Il en est de même des muscles du tronc.

Examen électrique des muscles. — Il existe dans la plupart de ces muscles de la diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence.

Cette diminution est surtout accusée pour les muscles superficiels du mollet et aussi pour l'extenseur commun et le court péronier.

Tous les muscles en voie d'atrophie présentent des contractions fibrillaires très nombreuses, très énergiques ; à la jambe, elles soulèvent parfois la rotule par une brusque saccade, qui se replie 2 à 3 fois coup sur coup.

En dehors des régions atrophiées, on aperçoit de loin en loin quelques faibles contractions fibrillaires, mais à des intervalles très prolongés.

Le malade n'accuse aucune *gêne fonctionnelle*, *aucune faiblesse* dans les membres intéressés par l'atrophie.

Cependant à l'épreuve des mouvements provoqués avec résistance de la part du malade, les mouvements de la jambe, de la cuisse, du pied gauche sont un peu moins énergiques, moins résistants.

Les *réflexes rotuliens*, les réflexes tendineux des membres supérieurs sont *exagérés*, mais sensiblement égaux à droite et à gauche. Le réflexe massetérin n'existe pas. Pas de trouble de la phonation ni de déglutition. Les lèvres et la langue sont à l'état normal. Pas de troubles du côté des sphincters. Pas de troubles oculaires.

Sensibilité. — La sensibilité de la peau et des muqueuses est partout intacte. Il n'existe du côté des organes des sens ou des muqueuses aucun autre trouble, aucun stigmate.

DU VERTIGE DES ATAXIQUES (SIGNE DE ROMBERG)[1];

Par le Professeur J. GRASSET.

LEÇONS CLINIQUES RECUEILLIES ET PUBLIÉES

Par le Dr J. SACAZE, chef de clinique médicale.

II.

Le signe de Romberg, ainsi appelé pour indiquer le premier observateur qui l'a découvert et analysé, ne possède pas en France d'autres dénominations ; mais dans la littérature étrangère, vous le trouverez souvent décrit sous le nom de symptôme de Brach (Rosenthal[2]), ou de Brach-Romberg (Eichhorst[3], Erb[4], Vanlair[5]).

En quoi consiste-t-il ? C'est l'influence de l'occlusion des

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, n° 73, p. 1.

[2] Rosenthal. — *Traité clinique des maladies du système nerveux*, trad. franç. de Lubansky, 1878.

[3] Eichhorst. — *Traité de pathologie interne*, édition franç., 1889, t. III.

[4] Erb. — *Ziemssen's handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, t. XI, 2e partie.

[5] Vanlair. — *Manuel de pathologie interne*, 1890.

yeux, ou mieux du passage brusque de la lumière à l'obscurité sur la marche et la station des tabétiques.

C'est souvent un signe précoce qui peut révéler la maladie dans des circonstances particulières à des personnes qui ne s'en doutaient nullement.

Plusieurs d'entre vous ont connu peut-être un ataxique de cette ville qui fut fort surpris de perdre tout d'un coup l'équilibre en passant d'une pièce éclairée dans une pièce obscure.

Hammond[1] cite l'observation d'un haut fonctionnaire municipal de Brooklyn qui avait l'habitude de fermer les yeux en faisant l'ablution du visage le matin au lever; il constata ainsi un jour qu'il perdait l'équilibre. Fournier a connu un malade qui faillit s'effondrer en changeant de chemise; celle-ci passant sur la tête, obtura la vue et presque immédiatement provoqua cette perte d'équilibre.

Déjà Duchenne[2] avait observé un homme qui la nuit était paralysé du membre supérieur droit, tandis que dans la journée, il pouvait lui communiquer toutes sortes de mouvements. Croyant à un accident de nature paludéenne à cause de son intermittence, on avait donné de la quinine. Mais en réalité, il s'agissait du signe de Romberg.

D'autres fois les malades n'ont pas eu l'occasion de constater par eux-mêmes ce symptôme.

Le médecin est obligé de le rechercher, de le dépister, en raison de l'importance considérable qu'il présente. En tout cas, il doit savoir l'analyser sous toutes ses formes et à tous ses degrés.

Il faut d'abord voir s'il existe dans la marche ; tandis que le patient se déplace, vous lui fermez les yeux, ou bien vous lui commandez de les fermer ; vous notez si l'incoordination augmente, s'il perd l'équilibre. Ayez toujours soin en pareille circonstance de vous tenir auprès de lui, ou bien d'y mettre une autre personne pour l'empêcher de tomber. Puis vous passez à la station debout, immobile, avec les pieds rapprochés. Après vous être assurés que cette position est bien gardée avec les yeux ouverts, vous lui dites de les fermer, et vous observez les phénomènes qui se produisent. Enfin vous

[1] Hammond. — *Traité des maladies du système nerveux;* trad. franç. de Labadie-Lagrave, 1879, p. 681.

[2] Duchenne. — *Electrisation localisée,* 3e édition, 1872, p. 784.

prescrivez au malade de se tenir tantôt sur un pied, tantôt sur l'autre ; s'il parvient à le faire, vous lui donnez l'ordre à un certain moment de fermer les yeux, et vous tenez compte aussi du résultat obtenu. S'il n'arrive pas à se fixer sur un seul pied, les yeux ouverts, n'en concluez pas qu'il soit ataxique ; cela est impossible à beaucoup de personnes qui cependant n'ont rien de cette maladie. C'est à l'occlusion des yeux, et aux effets qui l'accompagnent que vous devez vous attacher.

Dans chacune de ces positions vous pouvez encore rechercher ce qui a lieu lorsque le patient dirige la vue ailleurs que sur ses pieds, qu'il regarde à droite, à gauche, en l'air, ou qu'on interpose un carton de manière à l'empêcher de les apercevoir.

Par ces divers procédés, on apprécie les nuances les plus délicates du signe de Romberg, et surtout on constate que l'occlusion des yeux est bien plus active pour sa production que les divers autres moyens tendant à soustraire les pieds au domaine de la vision.

Vous voyez en même temps combien est légendaire cette donnée qui dit que le tabétique regarde constamment ses pieds en marchant. Elle est même entièrement fausse ; interrogez-le, observez-le, analysez-le, vous vous convaincrez que cela n'a pas lieu. Le tabétique regarde droit devant lui, à quelques pas en avant, cherche l'endroit où il va mettre ses pieds. Ce qui le caractérise surtout, c'est qu'il a besoin de marcher avec son cerveau, avec attention, par un effort cérébral, au lieu de marcher, comme quelqu'un qui lit, automatiquement, avec la moelle ; celle-ci chez lui étant malade, il lui est impossible pendant la marche de parcourir un journal, de prendre part à une conversation, en un mot, de porter son attention sur un autre sujet que sur sa marche. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le passage suivant de Althaüs [1] : « Le malade emploie ses yeux en guise de béquilles ; » et plus loin : « quelques malades, en se promenant, regardent constamment des objets rapprochés pour être sûrs de retrouver un appui à la moindre occasion, et par là même ils essayent de régulariser leurs mouvements. »

Donc les patients ne fixent pas leurs pieds. Voilà pourquoi

[1] Althaüs. — *Maladies de la moelle épinière;* trad. franç., 1885, p. 224.

cela les prive peu de ne plus les voir, ainsi que je vous l'ai montré avec le carton. Mais ils ont besoin de toute leur attention cérébrale pour diriger leur marche ; la moelle épinière, chez eux, ne peut plus y parvenir seule.

Enfin, dernier point à mettre en relief dans cette analyse symptomatique, c'est que le signe de Romberg est dû au brusque passage de la lumière à l'obscurité ; la brusquerie du changement est un élément nécessaire pour sa production. Ceci vous explique pourquoi il est souvent peu développé chez les ataxiques qui deviennent aveugles progressivement. Il y a quelques années, nous avons eu dans nos salles un de ces malades qui, bien que privé totalement de la vue, pouvait parcourir seul la salle ; peut-être le rencontrerez-vous encore en ville. Il m'est impossible d'adopter sur ce point l'opinion de Vulpian [1] qui dit à propos de la pathogénie du signe de Romberg : « On conçoit donc que la cécité, qui n'est pas rare chez les tabétiques augmente l'ataxie des mouvements. »

C'est là une erreur complète. Trousseau [2] avait mieux vu, comme le prouve le passage suivant : « Mais il y a une exception étrange pour ceux qui ont perdu entièrement la vue dès le début; ils conservent, malgré leur cécité, la faculté de marcher jusque dans une période très avancée de la maladie. » Vous pourrez trouver la confirmation de ce fait dans la thèse de Folie-Desjardins [3].

Voilà donc l'analyse symptomatique du signe de Romberg ; examinons maintenant sa nature et la théorie pathogénique qu'il est possible de lui appliquer.

Un premier point admis par tous les auteurs, et sur lequel je suis d'accord avec eux, c'est l'indépendance du signe de Romberg, et de l'ataxie ; il n'y a ni parallélisme, ni proportionnalité entre ces deux troubles.

« Le symptôme de Romberg, dit Vanlair [4], n'a rien à faire

[1] Vulpian. — *Maladies du système nerveux; maladies de la moelle*, t. I, 1879, p. 502.

[2] Trousseau. — Art. *Ataxie locomotrice prog.* in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*, t. III, 1875, p. 757.

[3] Folie-Desjardins. — *De l'amaurose et de sa valeur séméiologique dans l'évolution de l'ataxie locomotrice.* (Th. de Montpellier, 1890.)

[4] Vanlair, *loc. cit.*, p. 183.

avec l'ataxie ; car bien souvent ce phénomène apparaît longtemps avant que l'ataxie ne se soit manifestée ; il existe même des cas d'ataxie dans lesquels le phénomène en question n'a jamais été trouvé. »

Cela est parfaitement vrai ; le signe de Romberg est un symptôme distinct, séparé, ne faisant pas partie du tableau de l'ataxie. Donc il a une pathogénie spéciale, qu'il ne faut pas confondre dans la pathogénie générale qu'on donne de l'ataxie.

Cela dit, tous les auteurs attribuent le symptôme de Romberg aux divers troubles de la sensibilité, à l'anesthésie. Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup pour vous montrer que l'anesthésie cutanée ne peut en rien expliquer ce symptôme. Ainsi vous trouvez fréquemment des malades présentant de l'anesthésie plantaire, sans qu'il vous soit possible de le découvrir ; certains hystériques, certains tabétiques sont de ce nombre. Par contre, il y a des personnes avec une sensibilité tout à fait normale qui cependant le présentent. D'ailleurs, cette théorie est abandonnée par la plupart des auteurs comme le passage de Blocq et Onanoff vous l'a montré.

Mais tout l'effort se concentre sur le sens musculaire qui semble être la clef de la discussion, sa diminution ou son abolition deviendraient le point de départ de ce symptôme. Voilà l'opinion classique qui est exposée dans tous les livres ; pour vous le prouver, les témoignages abondent. Le signe de Romberg, dit Vanlair [1] « dépend uniquement de l'anesthésie tactile et musculaire ». Et Pierre Marie [2] : « Dans cet état, la vue est d'un grand secours au malade pour rectifier les écarts de position dont les altérations de son sens musculaire l'empêchent d'être averti ; d'où la difficulté ou même l'impossibilité de rester debout les yeux fermés. »

Dans le livre de Jaccoud [3] écrit en lettres italiques, vous pourrez lire : « Ces effets singuliers de l'occlusion des yeux résultent, je le répète, de l'anesthésie musculo-tactile ; ils manquent, quel que soit le degré de l'ataxie, lorsque la sensibilité est intacte. » Vulpian admet aussi cette théorie et attribue

[1] Vanlair, *loc. cit.*, p. 183.

[2] Marie, *loc. cit.*, p. 168.

[3] Jaccoud. — *Traité de Pathol. interne*, t. I de la 7e édition, 1883, p. 651.

même toute l'ataxie aux troubles de la sensibilité. J'en dirai autant pour Erb qui se rallie encore à l'opinion classique.

Quant à Eichhorst [1], il s'exprime en ces termes : « Le symptôme de Brach-Romberg est lié à la perversion du sens musculaire dans la majorité des cas. » Ce dernier dit, comme vous le voyez, dans la majorité des cas ; il reconnaît des exceptions ; cependant il admet aussi la théorie ordinaire.

Il me paraît inutile d'insister davantage ; ces citations puisées dans les principaux ouvrages suffisent pour vous montrer que cette vue pathogénique est acceptée par tout le monde. Eh bien, je ne puis l'admettre malgré ce faisceau de preuves venant d'hommes compétents, et voici les raisons qui me poussent à cela.

1. Comment expliquer avec cette théorie pourquoi le *brusque* passage de la lumière à l'obscurité est un élément pathogénique nécessaire du signe de Romberg, et pourquoi l'ataxique aveugle marche souvent mieux que l'ataxique qui y voit, ou en tout cas, marche beaucoup mieux que l'ataxique ordinaire à qui on ferme les yeux ?

2. Comment expliquer encore pourquoi les effets sont si différents lorsqu'on fait fermer les yeux au malade et lorsqu'on l'empêche par un artifice quelconque de regarder ses pieds ou même le sol ? Beaucoup d'auteurs n'ont pas manqué de s'apercevoir de cette particularité remarquable.

Ainsi Jaccoud [2], après Eisenmann et avec Bénédikt, constate que « si l'on se borne à placer au-devant de la poitrine du malade un objet qui lui masque complètement la vue de ses pieds, l'aggravation des symptômes est beaucoup moins prononcée que dans l'occlusion des yeux ».

Pierre Marie [3] note aussi que l'on peut en quelque sorte doser ce contrôle de la vue. « Si, au lieu de fermer complètement les yeux du malade, vous vous bornez à lui cacher ses pieds en plaçant un écran ou une feuille de carton horizontalement au niveau de son sternum, vous voyez les oscillations être moins fortes que lorsque les yeux sont fermés, mais plus

[1] Eichhorst, *loc. cit.*, p. 214.
[2] Jaccoud, *loc. cit.*, p. 651.
[3] Pierre Marie, *loc. cit.*, p. 167.

étendues cependant que quand aucun écran n'est interposé. »

Donc ces auteurs admettent le fait. Chez notre homme, l'expérience, comme vous l'avez vu, est parfaitement démonstrative. La marche, la station debout restent possibles, quoique un peu plus difficiles, alors même qu'il regarde en l'air, ou qu'on interpose un carton; l'équilibre est aussitôt rompu lorsque, au contraire, il ferme les yeux.

J'ai répété ces mêmes manœuvres devant vous chez la femme de la salle Bichat, qui possède une perte complète du sens musculaire, et pour laquelle la théorie classique pourrait être invoquée. Eh bien, vous avez vu que les phénomènes ne sont nullement identiques suivant qu'elle ferme les yeux, ou qu'on place au-dessous du menton un écran ; tandis que dans le premier cas, elle s'effondre, dans le second, elle continue la marche, en jetant plus follement ses jambes.

L'explication généralement admise du signe de Romberg ne rend pas compte de ces différences. Ainsi on prétend que quand le sens musculaire est aboli, la vue est nécessaire, non en soi, mais pour permettre au malade de voir ses pieds. Et alors pourquoi le tabétique peut-il cependant continuer à se tenir debout, ou à marcher avec les yeux dirigés au plafond, ou en ayant la vue interceptée par un carton ? Il me semble qu'il devrait tomber, si la théorie est vraie, comme l'ataxique qui ferme les yeux. Or je vous ai montré qu'il n'en est rien. Donc la démonstration est péremptoire, et il faut tâcher de trouver une pathogénie qui s'adapte mieux aux faits.

3. Si la théorie classique était exacte, le signe de Romberg ne devrait pas exister lorsque le sens musculaire n'est pas altéré. Notre homme, et c'est là réellement ce qui en fait tout l'intérêt, ne présente pas cette altération. Je vous ai dit précédemment qu'il sentait le sol, qu'il appréciait avec ses jambes des différences de poids très légères; mais il lui est impossible de marcher dès qu'on lui ferme les yeux.

Notre fait n'est pas toutefois le seul qui mérite d'être cité à ce point de vue. Déjà Duchenne [1] a publié une observation d'ataxie locomotrice avec « intégrité parfaite de la sensibilité musculaire, articulaire et cutanée » ; cependant le malade était bien tabétique, et « dans l'obscurité, ces troubles de la coor-

[1] Duchenne, *loc. cit.*, p. 781.

dination étaient encore augmentés, car alors il lui était impossible de se tenir debout et de marcher ». Et Duchenne ajoute qu'à l'aide de ce fait, il démontra au professeur Trousseau la différence et l'indépendance complète des troubles de la locomotion dus à l'insensibilité musculaire d'avec les troubles fonctionnels de l'ataxie locomotrice progressive. Nous, nous dirions que ce fait démontre, comme le nôtre, l'indépendance de la paralysie du sens musculaire et du signe de Romberg.

Axenfeld [1] constate que les mêmes phénomènes (symptôme de Romberg) se produisent quand l'anesthésie est faible ou même nulle.

Et pour ne pas prendre des auteurs relativement anciens, je puis vous citer encore Erb [2], dont les observations possèdent le mérite à la fois d'émaner d'un homme compétent et d'être récentes.

Il reconnaît que dans certains cas, le signe de Romberg peut exister sans trouble objectif de la sensibilité. Seulement comme il ne veut malgré cela abandonner la théorie classique, il se déclare obligé d'admettre que ce signe est le premier et le plus léger symptôme d'une diminution de cette sensibilité musculaire qu'aucune autre manifestation ne décèle. Mais il y a là une pétition de principes qui ne prouve rien ; il appuie sa démonstration sur un fait qui demande lui-même à être démontré. Donc la valeur de notre cas reste entière, et sans le secours de quelques autres semblables que je viens de vous indiquer, il suffirait à ruiner entièrement la théorie classique.

4. La preuve inverse peut être fournie aussi. Le signe de Romberg existe parfois, vous l'avez vu, sans perte de la sensibilité musculaire. Nous allons établir maintenant qu'il peut manquer, alors que le sens musculaire est profondément altéré. Ce sont surtout les hystériques qui nous fournissent cette démonstration.

Dans les cliniques de Trousseau [3], vous trouverez l'observation d'un peintre (hystérique saturnin probablement) offrant

[1] Axenfeld. — Art. *Ataxie locom. progr.*, in *Dict. encyclop.*, t. VII, 1867.

[2] Erb, *loc. cit.*, p. 162.

[3] Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 7e édition, 1885, t. II, p. 624.

une anesthésie entière. « Or, malgré cette insensibilité musculaire complète, il marchait parfaitement, et, lorsqu'il marchait les yeux fermés, il le faisait avec autant d'aisance que l'aurait pu faire l'homme le mieux portant. »

Dans d'autres cas, la perte du sens musculaire trouble les mouvements (et je ne nie nullement cela), mais les caractères qu'ils présentent sont différents de ceux qui appartiennent au signe de Romberg.

Duchenne [1] et Lasègue [2] ont très bien analysé ces phénomènes chez les hystériques. La malade ayant perdu son sens musculaire ne peut plus bouger quand elle a les yeux fermés; elle croit exécuter les mouvements commandés, et cependant elle ne les fait pas; la nuit elle reste comme elle se couche; une fois la lumière éteinte, si elle est jetée en dehors de son lit par une attaque, elle ne peut se déplacer et se relever qu'au jour. Au milieu d'un mouvement volontaire, si on masque la vue du membre en mouvement ou si on détourne le regard, le mouvement s'arrête, le membre reste où il est, bien que la malade croie continuer à le mouvoir; elle est ensuite étonnée et chagrine quand elle constate ce qui s'est produit.

On a multiplié et contrôlé ces expériences : il n'y a là rien du signe de Romberg.

Donc je ne nie pas que la perte ou l'altération du sens musculaire, n'ait une action sur la marche ou la station, les yeux étant fermés ; mais il me paraît démontré que là n'est pas la théorie physiologique de ce symptôme. Celui-ci est un trouble à part, spécial au tabès, distinct des altérations de la sensibilité musculo-tactile, comme il est distinct de l'ataxie elle-même.

Il me semble alors beaucoup plus raisonnable de le rapprocher du vertige, et particulièrement de ces vertiges qui se produisent par l'occlusion des yeux. Quand nous avons analysé le vertige, nous avons trouvé comme élément constituant principal la sensation de perte d'équilibre pouvant aboutir à la chute, sans suppression de la connaissance, mais s'accompagnant d'un certain degré d'angoisse et de terreur.

[1] Duchenne, *loc. cit.*, p. 786.

[2] Lasègue. — *Anesthésie et ataxie hystérique.* (*Arch. générales de méd.*, 1864, et *Etudes méd.*, 1884, t. II, p. 25, 35, 37.)

Ce dernier élément que je n'hésitais pas à qualifier de caractère essentiel du vertige ne se retrouve en rien dans les troubles qu'entraîne la perte du sens musculaire chez les hystériques, tandis qu'on le rencontre à un haut degré chez les tabétiques. Vous pouvez le constater sur nos malades. Les auteurs également le reconnaissent tous.

Jaccoud [1] note « le sentiment profond de terreur » des malades dans le signe de Romberg.

Le malade, dit Vaulair [2], en décrivant ce symptôme, « éprouve en même temps un grand sentiment d'anxiété ». Déjà Axenfeld [3] avait écrit : « Nous dirons seulement qu'il y a dans l'incertitude de l'ataxique qui ferme les yeux quelque chose de moral et que la crainte de tomber... semble être pour beaucoup dans l'affaissement du corps qui arrive au bout de ses oscillations..»

Toutes ces constatations de terreur, d'anxiété, d'état moral, tout cela n'indique-t-il pas cette sensation cérébrale qui constitue pour nous le vertige quand elle aboutit à la perte de l'équilibre et est causée par la sensation de cette perte d'équilibre.

Un dernier mot pour finir. Il ne faut pas confondre ce vertige spécial, le signe de Romberg avec les autres vertiges ordinaires qui peuvent exister dans le tabes, et en être même un symptôme précoce. Fournier [4] les a bien décrits et bien étudiés. Ils méritent d'être rapprochés des vertiges produits par l'artério-sclérose. Ceci ne saurait étonner puisque les tabétiques sont très souvent artério-scléreux. Mais s'il s'agit là de faits courants, le signe de Romberg est au contraire un symptôme spécial, un vertige particulier de l'ataxie locomotrice.

Comme conclusion, je vous dirai que je n'ai pas la prétention ici de fournir une explication pathogénique complète de ce trouble. Je veux simplement le placer dans sa vraie famille physiologique ; je veux le faire sortir du groupe des désordres fonctionnels tenant au sens musculaire où tout le monde le met, et le ranger dans celui des vertiges où classiquement on ne veut pas l'accepter.

[1] Jaccoud, *loc. cit.*, p. 651.

[2] Vanlair, *loc. cit.*, p. 180.

[3] Axenfeld, *loc. cit.*, p. 67.

[4] Fournier. — *Leçons sur la période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique*, 1885, p. 76 et 357.

PATHOLOGIE NERVEUSE

SUR UN CAS DE MYOPATHIE PRIMITIVE PROGRESSIVE DU TYPE LANDOUZY-DÉJERINE, AVEC AUTOPSIE;

Par PAUL BLOCQ et G. MARINESCO.

(Travail du Laboratoire de M. le professeur CHARCOT.)

Nous avons eu récemment l'occasion de pratiquer l'examen nécroscopique d'une malade qui, pendant sa vie avait offert le tableau devenu classique de cette forme de myopathie primitive dite *héréditaire infantile de Duchenne (de Boulogne)* ou, forme *facio-scapulo humérale de Landouzy et Déjerine.*

On sait, en effet, que cette variété d'atrophie musculaire fut décrite, en premier lieu, par Duchenne (de Boulogne) qui la considérait comme étant de même nature que l'atrophie musculaire progressive ou, autrement comme reconnaissant une origine spinale. MM. Landouzy et Déjerine dans un mémoire important, où non seulement ils complétèrent l'histoire clinique de cette forme morbide, mais où encore et surtout ils en fixèrent la nature, en montrant qu'elle ne dépendait pas d'altérations de la moelle épinière, mais consistait en une myopathie primitive, fondèrent réellement l'autonomie de ce type, auquel, du reste, leurs noms sont restés attachés.

Léonie L... qui entra à la Salpêtrière en 1884, y séjourna jusqu'en 1891, époque à laquelle elle mourut de phtisie pulmonaire, et elle fut pendant ce long temps soumise à une observation constante. A de nombreuses reprises, M. le professeur Charcot la présenta aux auditeurs de la Clinique [1], comme un exemple très caractéristique de cette variété de myopathie. Comme on le verra, l'examen *post-mortem* a confirmé le dia-

[1] Voir : Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1887, t. III, p. 202.

gnostic porté pendant la vie, mais ce n'est là qu'un des côtés intéressants du fait que nous rapportons, et qui, en outre de sa rareté relative, prête encore à diverses considérations qu'il nous a semblé utile de relater, cela d'autant plus, que l'histoire des myopathies est encore entourée de beaucoup d'obscurités.

Nous reproduirons, en premier lieu, l'observation de la malade, telle qu'elle fut publiée en 1885, dans le mémoire de MM. Marie et G. Guinon, où se trouvent figurées des photographies, qui complètent heureusement l'excellente description donnée par ces auteurs[1].

Observation

Léonie Lavr..., seize ans.

Du côté maternel, il n'y a absolument aucun antécédent nerveux. Le père est atteint d'une myopathie de même nature, ainsi qu'on a pu le constater sur l'Observation III qui le concerne.

La mère du père était atteinte de la même affection. La mère de Léonie a eu six enfants et une fausse couche; deux sont morts d'affections non nerveuses. Parmi les quatre qui restent, Léonie seule est malade; les autres : fille de dix-neuf ans, fille de quinze ans, garçon de six ans, sont très bien portants et d'une vigueur musculaire parfaitement normale.

Léonie est née à terme. Dans sa première enfance, elle était superbe. A l'âge de dix-huit mois, convulsions internes; à l'âge de cinq ou six ans, elle a eu une fièvre de peu de durée (peut-être très légère, fièvre typhoïde); rougeole à trois ans; coqueluche à dix ans. Réglée à quinze ans. Pas de manifestations strumeuses notables.

Dès sa plus tendre enfance, on a remarqué que sa lèvre supérieure restait à peu près immobile, même quand elle pleurait, la paupière supérieure a toujours semblé plus lourde, et, quand elle dormait, l'œil n'était jamais tout à fait couvert. Elle a toujours eu les larmes aux yeux.

Avant l'âge de quatorze ans, elle était parfaitement vigoureuse, portant son petit frère dans ses bras, et exécutait tous les mouvements d'une façon absolument normale. Elle était jusqu'alors assez petite pour son âge; à cette époque elle s'est mise à grandir très rapidement; on s'aperçut alors qu'elle devenait maladroite, laissait souvent tomber les objets; ses bras restaient un peu pendants

[1] Pierre Marie et Georges Guinon. — *Contribution à l'étude de quelques unes des formes cliniques de la myopathie primitive progressive.* (*Revue de médecine*, 1885, p. 793.)

et lui semblaient lourds; le mouvement qui tout d'abord lui a été le plus difficile est la flexion de l'avant-bras sur le bras, et notamment l'action de se moucher. La gêne des mouvements a augmenté d'une façon progressive et presque insensible. C'est vers le mois de janvier 1884 que la faiblesse des jambes s'est fait remarquer. Il est arrivé plusieurs fois qu'en marchant, la malade est tombée (non pas que les jambes fléchissent, mais parce qu'elle butte, n'ayant pas levé assez le pied au-dessus du sol). Vers la même époque, la lèvre inférieure qui a toujours été un peu grosse a semblé le devenir davantage et s'est retournée légèrement, de façon à présenter un rebord assez volumineux.

Face. — A l'état de repos, le front se présente assez lisse sans rides notables, parsemé d'un certain nombre de points d'acné punctiforme. Le sourcil n'offre pas de relief appréciable. L'œil est largement ouvert, mais rempli de larmes qui, de temps en temps, surtout lorsqu'elle est à l'air, coulent sur la joue. Le nez est un peu engorgé; la lèvre supérieure est relevée, à bord libre assez large. La lèvre inférieure présente, elle aussi, un bord muqueux large, elle est renversée en haut et décrit une concavité tournée vers le haut. Elle manque absolument de tonicité et quand on la fait mouvoir avec le doigt, la bouche restant ouverte, on lui imprime des mouvements comme si elle n'était retenue que par une feuille de papier; en dehors, à 1 centimètre de la commissure, se trouve un méplat qui s'accuse surtout quand la malade fait un mouvement des lèvres. Le menton ne présente rien de particulier.

Les sillons naso-labiaux des deux côtés ont disparu et sont plutôt remplacés par une saillie. Il lui est difficile de relever les sourcils. Au contraire elle peut assez bien les abaisser et les rapprocher de la ligne médiane (attention, menace). La direction générale de l'œil est oblique en bas et en dedans; les paupières ne peuvent être exactement fermées. La paupière supérieure reste pour l'œil droit, à environ 1 millimètre de la paupière inférieure; pour l'œil gauche, 2 millimètres et demi. Les mouvements synergiques de la paupière supérieure coïncidant avec les mouvements de l'œil dans la vision en haut et en bas, sont normaux. Les mouvements des yeux sont parfaitement réguliers. Il y a toujours une certaine abondance de larmes au niveau de la paupière inférieure.

Les mouvements de l'aile du nez, dans l'action de renifler, ne peuvent être exécutés.

Elle ne peut relever non plus la lèvre supérieure; elle abaisse un peu l'inférieure, et l'on voit se contracter les muscles de la houppe du menton. Il lui est complètement impossible d'avancer les lèvres en arrondissant l'orifice buccal, comme pour siffler, par exemple. Elle arrive tout au plus à les rapprocher et encore sans beaucoup de force. Elle ne peut écarter les commissures labiales. Elle parvient à imprimer isolément quelques mouvements de latéralité aux

commissures, mais extrêmement faibles. La langue a un volume à peu près normal. Elle est plutôt un peu petite, symétrique, mais un peu tournée vers la gauche. Sensibilité réflexe du voile du palais conservée. Voûte palatine un peu plus élevée à gauche. Amygdales grosses. Les fléchisseurs de la tête ne peuvent résister à une tentative un peu forte d'extension. Le sterno-cléido-mastoïdien résiste assez bien des deux côtés. Les muscles extenseurs de la tête résistent parfaitement bien. Le deltoïde de chaque côté résiste très peu; son action peut encore s'exercer cependant, et la malade peut tenir quelques minutes son bras relevé; pendant ce temps la partie supérieure du trapèze se contracte. Les mouvements des pectoraux peuvent s'accomplir. La malade croise ses bras devant sa poitrine, mais elle ne présente aucune résistance aux mouvements passifs. Mouvements du trapèze très énergiques, résistant parfaitement bien aux mouvements passifs, du moins dans sa partie supérieure; au contraire, les parties moyennes et inférieures n'agissent presque plus, surtout à gauche. Le grand dorsal exécute assez difficilement son action et, en arrière, la main ne peut atteindre la ligne médiane. Les rhomboïdes semblent avoir disparu. Les sus ou sous-épineux sont très bien conservés, ces derniers forment même une saillie notable. Le biceps n'exerce plus du tout son action et, pour arriver à fléchir l'avant-bras sur le bras, la malade projette l'avant-bras en haut, en élevant brusquement le bras, ce qui entraîne le segment inférieur du membre, et cela d'autant plus facilement que le bras est en abduction. Dans la flexion du bras, on ne sent pas le relief du long supinateur.

On ne peut non plus retrouver nettement le coraco-brachial. La contraction du triceps est énergique et résiste très notablement aux mouvements passifs. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent bien et énergiquement. Les fléchisseurs du carpe accomplissent bien leurs mouvements, mais n'opposent que peu de résistance. Il en est de même pour les extenseurs. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont encore assez énergiques quoique un peu affaiblis.

Dynamomètre : main gauche 13 kil.
— main droite 6 kil.

La malade était droitière. Les mouvements des interosseux et de l'adduction du pouce s'exécutent normalement et avec force. L'extension des doigts se fait bien, mais la résistance est peu forte. La malade porte assez bien son bras sur sa tête, quoique pour faire ce mouvement elle soit obligée de projeter brusquement son bras. A droite, l'omoplate n'est pas déviée anormalement dans ce mouvement. A gauche, cependant, elle est portée un peu en dehors, sans qu'il y ait détachement du scapulum, comme dans la paralysie du grand dentelé. D'une façon générale, l'épaule droite est un peu

plus élevée que la gauche, celle-ci est même notablement tombante, et l'axe de la malade est, pendant le repos, légèrement incliné à gauche. Dans le mouvement du grand dorsal, le scapulum bascule très fortement, et son extrémité inférieure fait, sous la peau, une saillie anormale. Pendant le repos, l'axe du scapulum est oblique en bas et en dedans. Quand la malade est couchée sur le dos, les épaules touchant par terre et qu'elle veut se relever, il se produit le long de la ligne blanche une dépression notable, et quoique les muscles droits de l'abdomen fassent une saillie en se contractant, il lui est impossible de se relever directement, et elle est obligée de s'incliner du côté droit et de s'aider des coudes pour prendre la position assise. Elle peut se relever complètement sans grimper après ses membres inférieurs, à la manière des malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique. Cependant, quand elle fait ce mouvement sans être prévenue, elle a une tendance à appuyer ses deux mains sur la cuisse gauche. Les fléchisseurs du bassin sont un peu affaiblis. Mouvements du triceps fémoral forts. Résistance assez considérable aux mouvements passifs. De même la flexion de la jambe sur la cuisse est forte aussi. L'adduction est assez énergique. Flexion dorsale du pied faible. Le groupe des muscles de la région antéro-externe de la jambe est certainement affaibli des deux côtés. Quelquefois la malade se tourne le pied en marchant, mais cela ne l'empêche nullement de marcher assez longtemps et même de courir. Flexion plantaire du pied très forte. Il en est de même de l'adduction. L'abduction est assez facilement vaincue, c'est peut-être la cause pour laquelle, quand elle marche, elle tourne assez facilement son pied en dedans. Les mouvements des orteils sont normaux. Les fessiers agissent bien; leur volume ne présente rien d'anormal. Les réflexes tendineux existent au genou. Ils sont absents au coude et au poignet. Pas de phénomène du pied. La contraction idéo-musculaire ne peut être retrouvée sur les muscles de la partie supérieure du corps, sauf aux muscles thénar et hypothénar. Aux membres inférieurs, elle existe au triceps crural, sur le vaste interne, ne peut être constatée sur les autres portions du triceps; existe nettement sur les jumeaux, et non sur les muscles de la région antéro-interne de la jambe.

Formes extérieures. — La clavicule, des deux côtés, est assez saillante. Le relief des pectoraux est peu sensible, et il y a évidemment un aplatissement de ce muscle. La saillie de l'apophyse coracoïde est notable et ne semble pas du tout recouverte par le deltoïde. On ne sent pas non plus l'épaisseur de ce muscle entre l'acromion et la tête de l'humérus et, même à l'état de repos, on constate une dépression. — Nous avons indiqué plus haut la direction des omoplates. La colonne vertébrale n'est pas très saillante, mais, vers la partie inférieure, elle éprouve une légère courbure à concavité droite. Quand la malade a le tronc renversé en arrière,

on ne peut le lui redresser que par un effort violent. L'ensellure est considérable. Le volume de la taille est normal ainsi que celui du bassin, qui semble bien développé et celui des fesses. La consistance des fesses est normale; celle des muscles de la cuisse en général, et surtout de la partie postérieure est assez considérable, sans cependant être notablement exagérée. Quant aux mollets, ils n'ont pas une saillie extraordinaire et leur consistance est peut-être un peu accentuée. Les bras des deux côtés sont notablement diminués de volume et, par suite de la disparition du biceps et du brachial antérieur, leur face antérieure a pris une forme concave. Les avant-bras sont normaux. Des deux côtés, la limite de l'extension du coude est dépassée, et il existe alors une concavité postérieure, de telle façon que le pli du coude paraît convexe et saillant.

Circonférence du bras	au bord inférieur du tendon du grand pectoral.	18 1/2	à gauche
		18	à droite.
	à sa partie moyenne.	17 1/2	à gauche.
		17 3/4	à droite.
Circonférence de l'avant-bras à la partie la plus volumineuse.		19 1/2	à gauche.
		19	à droite.
Circonférence de la cuisse	à 4 travers de doigt au-dessus de la rotule.	32	à gauche.
		31	à droite.
	à sa partie moyenne.	41	à gauche.
		40	à droite.
Circonférence de la jambe	à 3 travers de doigt au-dessus des malléoles.	18	à gauche.
		17 1/2	à droite.
	à la partie la plus volumineuse.	28	à gauche.
		27 1/2	à droite.

La main ne présente aucune espèce d'atrophie. La consistance des muscles est normale ainsi que leur force. La déglutition se fait d'une façon régulière. La respiration est normale aussi. La parole est un peu altérée, mais simplement à cause de la difficulté des mouvements des lèvres. La prononciation de telle ou telle lettre isolément n'est pas plus spécialement atteinte, mais lorsqu'elle parle, il se fait à travers l'orifice buccal mal fermé par l'orbiculaire des lèvres, une sorte de fuite de l'air expiré qui donne un cachet un peu spécial à sa parole, cachet que sa mère dit avoir remarqué beaucoup plus nettement depuis un an. L'état intellectuel est bon, l'instruction est même assez avancée. Cœur régulier normal, pouls = 108. Pas de troubles vaso-moteurs appréciables, se plaint seulement d'avoir souvent froid aux pieds. Jamais de contractures fibrillaires au niveau des muscles. Pas de rétraction gênant le jeu des articulations. L'examen électrique pratiqué par M. Vigouroux n'a fait constater qu'une diminution plus ou moins considérable de l'excitabilité suivant les différents muscles. Pas de réaction de dégénérescence.

Depuis l'époque où son observation fut prise jusqu'à sa

mort le 3 avril 1891, nous avons à relater divers incidents, qui, pour n'être pas sous la dépendance directe de la maladie principale n'en sont pas moins intéressants.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'atrophie musculaire, elle ne cessa pas de progresser lentement, augmentant d'intensité dans les régions prises primitivement, envahissant ensuite des départements musculaires, qui lors des premiers examens avaient paru presque indemnes.

A la face, les yeux restent largement ouverts, même lors des plus grands efforts d'occlusion. Les lèvres prennent de plus en plus la forme de museau.

Au tronc, l'ensellure s'accentue; la station debout persiste, mais avec un équilibre très instable, aussi la malade s'appuie-t-elle constamment, et ne s'aventure-t-elle plus à marcher sans le secours d'une de ses compagnes.

Aux membres supérieurs, la main et l'avant-bras restent indemnes, mais l'atrophie est extrême, aux bras et aux épaules, la malade n'arrive plus à se vêtir elle-même; elle ne peut plus soulever les bras.

Aux membres inférieurs, la marche en steppant devient caractéristique. L'ascension des escaliers est entourée de beaucoup de difficultés.

En plus de ces désordres fonctionnels qui montrent la distribution de la myopathie, on observe dans les régions correspondantes une diminution du volume des muscles, qui détermine les déformations habituelles [1].

En second lieu, Léonie présenta, un an après son entrée à l'hôpital, tous les signes de l'*hystéro-épilepsie :* grandes attaques classiques et stigmates (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, zones hystérogènes) en même temps qu'on pouvait provoquer chez elle le grand hypnotisme avec ses phases classiques. A ce sujet, il a été plusieurs fois question d'elle en diverses publications, à l'occasion d'expériences auxquelles elle a été soumise, par MM. Féré, Binet, Babinski, etc.

Enfin, on lui reconnut, il y a trois ans, les signes de la tuberculose pulmonaire au début. Les lésions du poumon par-

[1] On trouvera l'examen détaillé des muscles de la malade dans le travail de MM. Babinski et Onanoff : *Myopathie primitive progressive* (*Bulletins de la Soc. de Biologie*, 11 février 1888); elle figure dans l'observation « J. Lav... » du tableau produit par ces auteurs.

coururent leurs phases ordinaires, et c'est à leurs progrès que la malade succomba.

Autopsie (3 avril 1891). — A l'ouverture du *thorax*, on constate les lésions ordinaires de la tuberculose pulmonaire chronique. Les poumons sont farcis de tubercules à divers degrés d'évolution et leurs sommets creusés de cavernules et de cavernes de dimensions différentes.

L'*encéphale*, non plus que le *bulbe* ni la *moelle épinière*, ne présentent ni extérieurement ni à la coupe aucune altération appréciable, ni dans leur aspect, ni dans leur consistance.

Membres supérieurs. — A la dissection des muscles du bras, on est frappé de la coloration, de la consistance et de l'atrophie considérable qu'ils présentent. Ils revêtent tous une couleur jaune clair, tirant sur le gris, tout à fait pâle et se confondant absolument avec le tissu cellulo-adipeux ambiant, au point qu'il est très difficile de les en distinguer.

Le biceps est réduit au volume du petit doigt. Le brachial antérieur presque totalement détruit, est réduit à une petite languette de tissu fibroïde jaune pâle, d'une couleur analogue à celle de la graisse.

Si tous les muscles du bras participent à l'atrophie, il n'en est pas de même en ce qui concerne ceux de l'avant-bras, où le contraste est saisissant entre les muscles atrophiés et les muscles respectés. C'est ainsi que les muscles fléchisseurs ont conservé la couleur rouge foncée, que l'on est habitué à voir chez les sujets vigoureux ; ils paraissent même d'une apparence plus saine, que l'on ne serait en droit de le supposer chez une tuberculeuse.

Les seuls muscles de l'avant-bras qui présentent l'aspect jaune pâle déjà signalé et sont atrophiés, sont le long supinateur, les deux muscles radiaux, ainsi qu'un des faisceaux de l'extenseur commun. Tous les autres muscles de l'avant-bras paraissent sains.

Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont indemnes. Les lésions sont symétriques aux deux membres supérieurs.

Membres supérieurs. — Les muscles du pied sont sains. A la jambe, seuls les péroniers et l'extenseur commun sont atrophiés[1].

Examen histologique. — Notre examen a porté sur les muscles, les nerfs périphériques, la moelle épinière et le bulbe rachidien.

Muscles. — Les muscles ont été durcis dans la liqueur de Muller,

[1] En raison des difficultés que nous avons eues, pour obtenir de la famille de la malade l'autorisation de pratiquer l'autopsie, nous n'avons pu, ni examiner les muscles de la face, ni disséquer aussi minutieusement que nous l'eussions désiré les muscles du tronc et des membres.

et le durcissement complété par l'alcool et la celloïdine. Les préparations ont été colorées par le picro-carmin, l'éosine et l'hématoxyline et la laque au chromo-cuivre hématoxylique.

Les lésions dans les muscles atrophiés étant parfaitement identiques, sauf des différence dans l'intensité du processus, nous les décrirons seulement dans le biceps, le radial et le brachial antérieur.

Biceps. — Examinée à un faible grossissement, la coupe parait divisée par des tractus de différentes épaisseurs qui s'entre-croisent en divers sens en une multitude de petites alvéoles, d'étendue inégale qui ne contiennent presque que du tissu adipeux au milieu duquel on voit persister de rares unités musculaires. Ces tractus sont eux-même formés par du tissu conjonctif dont la coloration rose vif par le picro-carmin, tranche très nettement sur la couleur plus pâle des fibres de soutènement du tissu adipeux et sur la couleur rouge-brun foncé des fibres musculaires. Celles-ci se montrent sous des aspects très variés : parfois elles sont réduites à des débris qui ne sont reconnaissables qu'à leur couleur, d'autres fois, elles sont d'un diamètre très inférieur à la normale, quelques-unes sont enfin hypertrophiées et déformées.

A l'aide d'un fort grossissement on constate que les tractus sont formés par un tissu conjonctif lamelleux, qui est quelquefois d'un aspect fibrillaire. Les fibres conjonctives de volume et de forme variables, sont le plus souvent homogènes, d'autres fois vaguement striées, présentant enfin en divers points une double réfringence qui les fait ressembler à des fibres musculaires.

Si l'on examine attentivement le tissu adipeux, on découvre certaines particularités capables de nous renseigner sur le rôle que joue ce tissu dans les myopathies. On constate, en effet, assez souvent à la périphérie des vésicules graisseuses, des *cellules spéciales* variant entre 8 et 20 μ, composées d'un protoplasma uniforme ou bien finement granuleux qui contient de petites goutelettes graisseuses (de 3 à 5 μ). Comme, parfois ces cellules ne contiennent qu'une seule goutelette simulant une vacuole, on a l'impression qu'on se trouve en présence de cellules à noyaux. Tout d'abord nous nous sommes demandés s'il ne s'agirait pas là de cellules plasmatiques d'Ehrlich (mastzlelen), mais bientôt, nous nous sommes rendu compte par les réactions de ces cellules qu'il s'agissait de cellules graisseuses. Il y en a de petites (6 à 8 μ) qui ressemblent à des leucocytes, sans noyaux évidents; leur évolution indique quelle est leur nature jusqu'à un certain point. A propos de la pathogénie des myopathies primitives, nous reviendrons du reste, sur leur importance et leur signification.

Quant aux fibres musculaires, elles diffèrent par leurs formes et par leurs dimensions. Il importe d'ajouter au point de vue de leur mode de groupement que parfois elles apparaissent isolées et d'au-

tres fois réunies en nombre variable. Dans ce dernier cas, on n'observe pas que les unités de même apparence se trouvent plutôt agglomérées. Il arrive ainsi que, tantôt on voit plusieurs fibres petites et très atrophiées et que tantôt le même amas contient des fibres petites et grosses.

Parmi les fibres les plus fines, certaines conservent leur striation d'une façon très manifeste, alors qu'au contraire, les moyennes et les grosses offrent une striation bien moins accusée. L'hypertrophie de quelques fibres est très considérable. Souvent on observe des fibres présentant des parties renflées en ampoule au milieu desquelles la striation est plus évidente que sur le reste de la fibre.

On peut saisir, sur le fait, en certains endroits, la métaplasie de la fibre musculaire : on voit, en effet, comment la striation disparaissant la fibre désagrégée se transforme en tissu conjonctif. La coupe transversale de certaines fibres est uniforme, les champs de Cohnheim n'étant plus appréciables, et ce n'est que la configuration générale de l'élément qui permet de voir qu'il s'agit d'une fibre auparavant musculaire. On voit aussi le tissu adipeux prendre la place du tissu musculaire en voie de disparition.

Les faisceaux neuro-musculaires sont tout à fait indemnes, il en est de même des nerfs musculaires dont les plus fines ramifications paraissent normales en leurs diverses parties : myéline, cylindre-axe, gaine et noyaux. Au contraire, les vaisseaux sont presque tous plus ou moins altérés, soit que leur tunique externe soit épaissie, soit que leur couche interne soit hypertrophiée et rétrécisse la lumière du vaisseau arrivant dans certains cas à l'oblitérer presque complètement. L'endothélium des petits vaisseaux est hypertrophié. Il existe, d'une façon générale, un certain degré de prolifération nucléaire, mais relativement peu intense.

Brachial antérieur. — On y constate des lésions analogues mais plus intenses encore, quant au degré de l'atrophie. Ici on peut presque compter les unités musculaires qui persistent dans le champ du microscope. Les lésions des vaisseaux sont également plus prononcées.

Il est à noter qu'il existe aussi une plus grande abondance de tissu conjonctif par rapport au tissu graisseux relativement à ce qu'on voyait dans les coupes du biceps où au contraire le tissu adipeux dominait.

Radial. — Ce qui distingue surtout les préparations, c'est la plus grande prolifération conjonctive. Les trabécules de ce tissu forment un réseau plus épais et plus régulier. Les altérations des fibres musculaires sont analogues aux précédentes. Même intégrité des nerfs musculaires.

Bulbe. Moelle épinière. Nerfs périphériques. — Ne présentent rien

de particulier, sinon que les coupes du nerf radial sont remarquables par la netteté avec laquelle on y observe ce que nous avons appelé des *systèmes tubulaires*.

Avant que d'exposer les quelques remarques que nous a inspirées l'étude de ce cas, nous tenons précisément à mettre en lumière ces particularités que nous avons constatées sur les coupes du nerf radial.

Nous rapporterons, ici, à cet égard ce que nous en avons dit dans une communication faite à la Société de Biologie le 16 juillet 1892.

Sur des coupes transversales portant sur la totalité du nerf radial fixé par l'acide osmique, on remarque à l'œil nu, et même encore, à un faible grossissement des aires qui tranchent par leur couleur claire sur le reste du faisceau nerveux.

Leur forme est irrégulièrement ovoïde; elles sont situées sur une même partie de la périphérie des faisceaux nerveux, et regardent toutes du même côté, tant par rapport à l'axe des fascicules qu'elles occupent, que par rapport à l'axe du nerf tout entier. Sur vingt-quatre fascicules que nous avons comptés dans la section transversale du nerf, elles se trouvent dans dix fascicules. Dans chacun de ces fascicules, elles n'en occupent guère que la dixième partie.

Parfois, il n'existe qu'une seule de cet aires claires dans un fascicule, parfois on en compte deux ou trois, soit réunies, soit séparées par quelques filets nerveux.

Nous décrirons d'abord une de ces aires, choisies parmi celles qui présentent l'apparence la plus caractéristique. Elles sont limitées, du côté de la périphérie du fascicule nerveux par une formation lamelleuse qui résulte de l'hyperplasie de la couche profonde du périnèvre, et, du côté central, par le tissu intrafasciculaire du fascicule nerveux. L'espace ainsi circonscrit, qui forme l'ensemble du système, est occupé par des figures qui ressemblent à des sections transversales de tubes, et sont au nombre de deux ou trois : on peut, par suite, décrire à ces dernières figures, une paroi et un contenu. La *paroi* se compose de lames fibrillaires stratifiées, ressemblant aux gaines lamelleuses de Ranvier, dans l'intervalle des lamelles desquelles se trouvent parfois des cellules plates. Le *contenu* est constitué par des éléments d'aspect cellulaire en nombre variable. Ceux-ci, qui peuvent atteindre de 20 à 25 μ ont une forme généralement arrondie, limitée par un contour

parfois simple, parfois double ou triple, et présentent dans leur intérieur des corps chromatiques, qu'on prendrait, au premier abord pour des noyaux, mais qui rappellent aussi

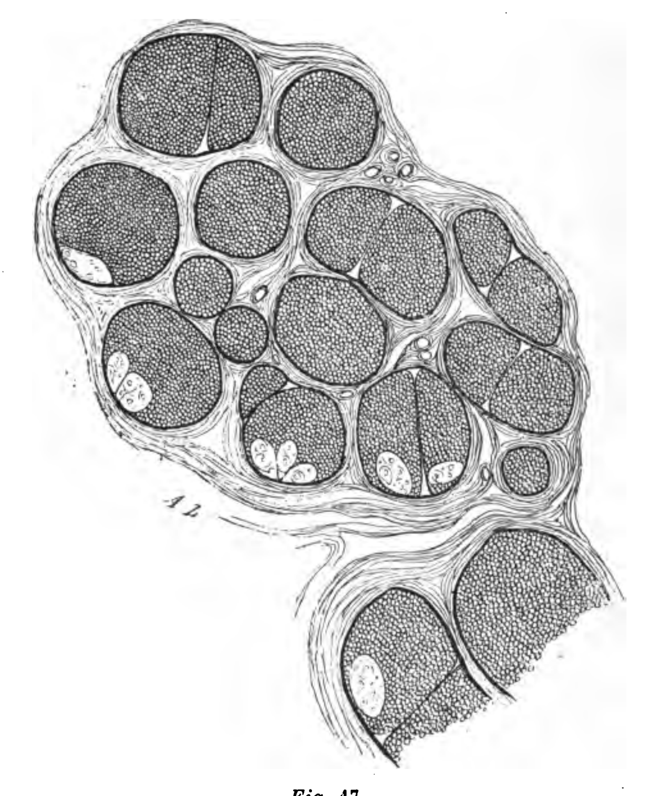


Fig. 17.

Coupe du nerf radial, coloré par l'acide osmique : les systèmes tubulaires sont représentés par les zones claires.

une coupe de cylindre-axe. Entre la paroi de ces pseudo-cellules et leur substance chromatique, il n'existe *aucune apparence protoplasmique*. Souvent on trouve autour de cette substance chromatique des granulations, mais ce sont des granulations de myéline. Parfois le contour de ces éléments se plisse de telle sorte que l'élément se trouve divisé en un certain nombre

de loges, qui rayonnent autour du corps chromatique central. Il en résulte alors un aspect *corolliforme*. Il arrive aussi que la substance chromatique se dispose de telle façon qu'elle donne l'illusion d'un leucocyte polynucléé.

D'autres de ces éléments présentent des formes un peu différentes, dans le détail desquelles nous n'entrerons pas.

Il est de ces aires ou de ces systèmes qui offrent une apparence moins compliquée ; ils sont constitués par un espace limité simplement par le périnèvre et l'endonèvre, et où se trouvent un ou deux des éléments que nous venons de décrire.

Sur des coupes longitudinales, où les aires en question sont plus difficiles à trouver, on les voit constituées par des tubes, parallèles à l'axe du nerf et qui s'étendent sur une longueur de 4 à 5 millimètres. Ces tubes ont des limites confuses, et on retrouve dans leurs cavités les mêmes éléments. Toutefois, certains détails permettent de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la signification qu'ils paraissent avoir. On y voit, en effet, parfois, des fibres nerveuses ou des fragments de fibres reconnaissables à leur cylindre-axe, et aux granulations de myéline qui l'entourent, bien que ces fibres soient notablement modifiées.

Nous avons recherché si des formations analogues n'auraient pas été décrites par d'autres observateurs, et quelle interprétation, leur aurait été attribuée. M. J. Renaut[1], dans son étude sur la structure des nerfs chez les solipèdes, a décrit un tissu qu'il appelle *système hyalin intra-vaginal;* il est facile, d'après la description qu'il en donne, de se rendre compte que ce système est l'analogue de notre système tubulaire. Cet auteur pense qu'il s'agit là d'un appareil de perfectionnement dont le rôle par rapport au faisceau primitif, serait identique à celui que joue la myéline par rapport au cylindre-axe.

M. Rakhmaninoff[2] a rencontré, dans des cas de névrite, des formations particulières, qui se rapportent, évidemment aux systèmes en question. Il rappelle qu'il n'a trouvé de description les concernant que dans les travaux d'Oppenheim et Sie-

[1] J. Renaut. — *Recherches sur quelques points de l'histologie des nerfs.* (*Archives de Physiologie*, 1881, p. 161.)

[2] Rakhmaninoff. — *Névrite périphérique.* (*Revue de médecine*, avril 1892. n° 4, p. 335.)

merling[1], et que ces auteurs les considéraient comme des vaisseaux oblitérés, opinion que lui-même ne partage pas. Il croit qu'il s'agit de *corpuscules à structure alvéolaire*, et qui n'apparaîtraient que dans les cas de dégénération des nerfs.

Nous rapprocherons l'un de l'autre les travaux qui concernent, à notre avis, les mêmes systèmes, travaux de Langhans[2] et de Kopp[3], son élève. Langhans qui décrit ces formations avec beaucoup de soin, dit qu'elles ont été mentionnées par divers auteurs (Trzebinski, Schültze, Joffroy et Achard, Holschewnikoff, Rosenheim, Arnold, Stadelmann et Nonne) dans des états pathologiques différents.

Il est d'avis, et Kopp confirme cette manière de voir, que ces formations, qu'ils ont tous deux rencontrées, surtout dans le myxœdème, pathologique ou expérimental, dans le crétinisme et dans le goitre, constituent des *altérations spécifiques*, appartenant en propre à la cachexie strumiprive, et ils se demandent si des troubles de la glande thyroïde n'auraient pas existé dans les cas précités, où d'autres auteurs ont observé des formations de ce genre.

Nous ne discuterons pas l'hypothèse que nous trouvons très vraisemblable, qui a été formulée par M. Renaut sur ces systèmes, mais nous ne saurions adopter la dénomination de *systèmes hyalins*, proposée par cet observateur, car le qualificatif préjuge de la nature des éléments, et le mot hyalin prête à la confusion.

Il ne nous paraît pas, non plus, qu'on puisse s'en tenir à l'opinion de MM. Oppenheim et Siemerling, car les figures ne se rapportent nullement à celles que donneraient des vaisseaux oblitérés.

Quant à la manière de voir proposée par M. Rakhmaninoff, à savoir qu'il s'agirait de l'hypertrophie pathologique du tissu conjonctif de consistance gélatineuse situé à la périphérie du nerf, elle ne s'accorde pas avec le fait que nous avons observé et qui a trait à un nerf normal.

[1] Oppenheim et Siemerling. — *Beitrage zur pathologie der tabes dorsalis und der peripherischen Nervenkrankungen.* (*Arch. für Psychiatrie*, 1887, XVIII, p. 487.)

[2] Langhans. — *Ueber veränderungen in den peripherische Nerven bei kaehexia thyreopriva des menschens.* (*Arch. de Virchow*, Bd. CXXVIII, 1892.)

[3] Kopp. — *Veränderungen in Nervensystem.* (Th. inaug., Berlin; 1892.)

La même considération suffit à nous faire douter de la valeur spécifique attribuée par Langhans et Kopp aux « cellules vésiculeuses » dans le myxœdème. Nous avons vu des images tout à fait identiques à celles que ces auteurs représentent, et cependant le nerf que nous examinions était normal, et, de plus, la malade que nous avons observée pendant des années et jusqu'à sa mort n'a jamais présenté ni myxœdème, ni goitre, ni crétinisme.

Nous serions disposés, pour notre part, à admettre que la nature et la signification de ces formations est la suivante :

L'étude histologique que nous avons poursuivie nous porte à croire que ces formations représentent *des tubes nerveux profondément modifiés*. Leur paroi lamelleuse ne serait autre qu'une gaine lamellaire modifiée : les apparences nucléaires qu'offrent les éléments chromatiques, représenteraient la coupe transversale des cylindres-axes. Nous sommes confirmés dans cette opinion, non seulement par la présence autour de ces éléments de granulations de myéline, mais encore par cela, que nous avons pu distinguer nettement un fragment de tube nerveux dans certaines figures ; l'absence de protoplasma, qui a préoccupé Langhans et Kopp, s'explique facilement selon cette hypothèse. Quant aux apparences corolliformes (Blasenzellen), elles sont le fait du plissement de la gaine conjonctive du tube nerveux.

Si l'on tient compte de ce que les auteurs ont rencontré ces formations dans presque tous les nerfs périphériques, et spécialement en certains points de leur trajet, ce qui explique qu'elles aient échappé à d'autres, de ce que M. Renaut les a rencontrées à l'état physiologique chez les solipèdes, enfin de ce que les observateurs les ont signalées dans des états pathologiques qui n'ont rien de commun, il est naturel de penser, et le cas que nous rapportons est une éclatante démonstration de cette manière de voir, qu'il s'agit là d'une *disposition normale.*

En résumé, ces formations que nous désignerons sous le nom de *systèmes tubulaires*, en raison de leur structure histologique (qui les montre composées de tubes et non pas de cellules), constitueraient un appareil organique qui existe, à l'*état normal*, dans les nerfs de l'homme, et qui dérive d'une transformation de certaines fibres nerveuses, en vue d'un but qui reste à déterminer.

Nous devons ajouter que presque en même temps que nous et dans un travail, dont nous n'avons eu connaissance qu'ultérieurement, bien que sa publication (2 juillet) fut antérieure, M. Schültze[1] arrivait de son côté, à une manière de voir analogue, du moins en ce qui concerne la nature normale de ces formations, car pour ce qui a trait à l'interprétation, notre opinion diffère de celle de cet observateur. Il remarque que M. Renaut a décrit ces systèmes sur des nerfs normaux et s'étonne que Langhans leur attribue un rôle pathologique. Il laisse entendre, que ces formations sont normales, mais il lui parait probable qu'elles puissent subir des transformations pathologiques qui se traduisent cliniquement par des symptômes. Il n'accepte pas la dénomination de *système hyalin*, parce que ces productions lui semblent plutôt opaques, et il propose de les appeler, soit *corpuscules de Renaut*, soit *hyperplasies circonscrites du tissu conjonctif*, soit enfin *fuseaux conjonctifs* (Bindegewebspindel).

Bien que pour toutes les raisons que nous avons dites et dont on peut s'autoriser actuellement, il nous paraisse légitime jusqu'à plus ample informé, de considérer ces formations comme normales, nous devons néanmoins présenter quelques réserves. Au cas, toutefois, où elles constitueraient des lésions accidentelles, leur valeur au point de vue de la pathogénie de la maladie en général ne saurait peut-être entrer en considération; au contraire on en devrait sans doute tenir compte, quant aux localisations, en remarquant que cet aspect spécial des coupes de nerfs était localisé, dans notre cas, au radial, alors que seuls à l'avant-bras les muscles radiaux se trouvaient atrophiés. Il y a là un problème complexe en raison de l'apparence si spéciale de ces systèmes, encore si peu connus.

L'histoire clinique de notre malade et la relation nécroscopique qui la complètent sont par elles-mêmes suffisamment explicites, pour que nous n'ayons pas à insister sur le diagnostic du cas. Notre autopsie confirme en effet de point en point les résultats de celle de MM. Landouzy et Déjerine, et ici aussi il s'est agi d'une myopathie primitive, c'est-à-dire sans altération appréciable du système nerveux.

[1] Schültze. — *Ueber circonscripte Bindegewebs hyperplasie oder Bindegewebspendel. Nodules hyalins de Renaut.* (*Archiv. de Virchow*, Bd. CXXIX, Ht. I, 1892, 2 juillet.)

A cet égard, il nous est permis de nous demander si les constatations anatomiques que nous avons faites ne nous autorisent pas, jusqu'à un certain point, à prendre parti dans les débats qui se sont élevés sur la pathogénie de cette lésion.

A. *Théorie centrale.* — Pour Erb [1], les myopathies reconnaîtraient une origine spinale, et traduiraient un trouble dynamique des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de substance grise de la moelle épinière, centres trophiques des muscles. Du moins est-il probable, pour cet auteur qu'il existe des altérations du système nerveux que la technique actuelle serait impuissante à déceler. En faveur de cette origine, on peut invoquer selon lui un grand nombre d'arguments : l'hérédité, la localisation de l'atrophie dans certains muscles correspondant à des centres spinaux déterminés (groupe d'Erb), sa fréquente coïncidence avec des troubles nerveux comme l'idiotie, l'épilepsie.

Cette manière de voir nous paraît toutefois difficilement acceptable, et cela pour plusieurs motifs. Tout d'abord les arguments invoqués par Erb n'ont pas une valeur absolue. On ne saurait dénier au système musculaire une autonomie relative, qu'il tient pour le moins de son origine embryologique, et qui, précisément pour cela, permet de comprendre qu'à l'égal du système nerveux il puisse transmettre ses vices, par voie héréditaire. Aussi l'hérédité des myopathies ne saurait-elle être considérée comme une preuve en faveur de leur origine nerveuse.

Nous en dirons autant du mode de distribution de l'atrophie musculaire, que les recherches de Babinski et Onanoff [2], nous ont montré être en rapport avec le développement des muscles, bien plus qu'avec des localisations nerveuses spinales.

Quant à la coïncidence de l'atrophie musculaire avec divers troubles nerveux, elle s'explique aisément pour peu qu'on se souvienne, qu'en tous les cas de vice d'évolution — et la myopathie primitive semble rentrer dans cette catégorie — il est

[1] Erb. — *Dystrophie musculaire progressive.* (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkünde*, 1891, p. 13-173.)

[2] Babinski et Onanoff. — *De la myopathie primitive progressive.* (Société de Biologie, 1886.)

commun d'observer la coexistence de diverses tares dégénératives.

Il est, à notre avis, un argument des plus importants qui milite contre la doctrine de l'origine spinale. En nous plaçant en effet dans l'hypothèse de Erb, c'est-à-dire en admettant un trouble dynamique des cellules trophiques, nous devrions observer, en raison de l'analogie invoquée entre les effets des lésions d'ordre dynamique et d'ordre organique, des altérations des fibres terminales des nerfs périphériques. Or, il n'en est rien, et ni les auteurs qui nous ont précédé, ni nous-mêmes dans le cas que nous venons de rapporter, et où notre attention a été, comme on l'a vu, spécialement attirée sur ces organes, n'avons pu constater aucune lésion des petits nerfs intramusculaires.

B. *Théories périphériques.* — Si l'origine de la myopathie ne peut être recherchée dans les centres, il nous reste à savoir quels sont les organes périphériques qui entrent en jeu pour la réaliser. Or, nous avons vu que, dans notre cas, les nerfs étaient normaux, car nous nous sommes expliqués sur la signification des systèmes tubulaires qui, par leur présence sur le nerf radial, donnaient à celui-ci une apparence qu'au premier abord on aurait pu prendre pour pathologique.

C'est donc que le muscle lui-même serait primitivement atteint. Cette conclusion, à laquelle nous sommes obligés de nous rallier, est, du reste, admise actuellement par la très grande majorité des observateurs, dont les avis ne diffèrent guère que sur la nature intime du processus.

Nous insisterons peu, à cet égard, sur l'opinion qui a été formulée par divers auteurs, et selon laquelle on aurait affaire à une cirrhose interstitielle primitive, soit à une inflammation du tissu interstitiel dont le développement en arriverait à étouffer les fibres musculaires, car outre qu'elle ne s'accorde pas avec les résultats de l'examen histologique, elle n'a pas conservé de défenseurs.

C'est en dernière analyse la fibre musculaire elle-même — cirrhose parenchymateuse de Landouzy-Déjerine, de Roth — qui serait prise la première; et c'est, aussi, ce qui nous paraît résulter du fait que nous avons observé. Toutefois, nous ne partageons pas, sur la modalité du processus, la manière de voir exposée par Krosing, et que nous allons rapporter avant

que de proposer, à notre tour, la conception qui nous paraît actuellement la plus admissible sur ce point délicat.

M. Krosing [1] a entrepris ses recherches sur des muscles d'embryon d'une part, et sur des muscles pathologiques d'autre part (muscles avoisinant les cals osseux, les abcès, muscles d'atrophie expérimentale, muscles pseudo-hypertrophiés). Il rappelle que la fibre musculaire striée résulte d'une association cellulaire, à la construction de laquelle participent un grand nombre de cellules fusiformes. Les cellules se réunissent pour former des fibres grêles, et se fusionnent. La division des noyaux à l'intérieur des fibres jeunes produit la croissance en longueur, tandis que l'accroissement en largeur se fait par l'accolement sérié des éléments cellulaires. Les fibres étant devenues adultes, les noyaux des cellules passeraient à l'état de *cellules invisibles* ou cellules sommeillantes de Gravitz (Schlümmernden Zellen), tandis que leur protoplasma formerait la myosine contractile. S'il intervient alors des processus régressifs, le protoplasma musculaire perdant ses qualités de différenciation, revient à l'état de protoplasme ordinaire, et aussitôt les cellules sommeillantes reprennent leur activité — et les attributs qui les rendent visibles — elles prolifèrent, constituent des centres d'attraction pour le protoplasma transformé. Le tissu dans son ensemble reprend l'aspect et les qualités du tissu embryonnaire, et, en conséquence, aboutit à une formation de tissu conjonctif ou de ses dérivés, tissu cartilagineux, osseux.

La théorie de la phagocytose est très séduisante; mais telle qu'elle a été autrefois conçue par l'auteur elle n'est plus soutenable; du reste M. Metchnikoff revient sur ses premières assertions dans un travail récemment publié dans la *Revue scientifique*.

D'après M. Metchnikoff [2], dans les faisceaux musculaires, ce seraient les cellules musculaires qui joueraient le rôle de phagocytes. Dans les cas où les fibrilles ne manifestent pas une vitalité suffisante, le protoplasma interstitiel s'empare d'elles et les dévore. C'est à l'aide de ces phagocytes musculaires que s'opère l'atrophie des muscles des têtards en voie de dévelop-

[1] R. Krösing. — *Ueber die Rückbildung und Entwickelung der Quergestreifsen müskelfatern.* (*Archiv. de Virchow*, juin 1892, Bd. CXXVIII, Ht. III, p. 445.)

[2] Elie Metchnikoff. — (*Revue Scientifique*, 10 sept. 1892, p. 324.)

pement. La substance contractile — myoplasma — s'entoure du plasma interstitiel du faisceau — sarcoplasma ; celui-ci englobe et digère les fibrilles et se transforme en cellules amiboïdes.

Un mécanisme analogue a été observé dans les muscles atteints de pseudo-hypertrophie et d'atrophie musculaire progressive par M. Lewin [1]. Cet auteur a constaté la formation de phagocytes : le sarcoplasma des faisceaux se différencie en cellules amiboïdes qui englobent la substance striée.

Nous basant, quant à nous, sur le mode histochimique de l'altération de certaines unités musculaires, que nous avons pu constater, ainsi que sur les observations que nous venons de rappeler, nous pensons que le mécanisme des lésions pourrait être interprété de la façon suivante.

A l'état normal, le tissu conjonctif des muscles est remarquable par la minceur de ses faisceaux; on y observe souvent des cellules adipeuses, et ses mailles contiennent des cellules lymphatiques en nombre variable. Le tissu conjonctif constitue, en quelque sorte, une vaste cavité lymphatique cloisonnée, dans laquelle sont plongés les faisceaux musculaires, de telle façon que c'est dans la lymphe qui les baigne qu'ils puisent les éléments de leur nutrition et qu'ils déversent leurs produits de désassimilation (Ranvier).

L'équilibre de la nutrition du myoplasme, du sarcoplasme et du tissu interstitiel est réglé par l'action frénatrice du système nerveux. Quand cette action d'arrêt est suspendue, le sarcoplasma et le tissu interstitiel qui possèdent — en raison de leur état de moindre différenciation — une énergie de nutrition plus grande que le protoplasma différencié de la fibre musculaire, prennent le dessus. Ils prolifèrent progressivement tandis que le myoplasma est devenu impuissant, l'équilibre de son activité nutritive n'étant maintenue que par la force dominante de l'innervation, qui fait maintenant défaut, et il finit par disparaître. C'est là ce que l'on constate dans les myopathies *myélopathiques*, *névrosiques* et dans celles qui suivent la section des nerfs.

Mais, dans les myopathies *primitives*, d'où vient l'impuissance de l'influence nerveuse trophique? Ce serait précisément un désordre primordial de la nutrition de la fibre mus-

[1] Lewin. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. II, p. 139.

culaire, désordre transmis par hérédité : en cela réside la cause première de l'altération. Son apparition dans l'enfance provient de l'activité de la nutrition musculaire à cet âge, sa localisation sur certains groupes musculaires particuliers est, comme l'ont montré MM. Babinski et Onanoff, en rapport avec le développement embryologique des muscles.

Il résulte de là, qu'à un moment donné, par une véritable *inversion chimiotactique* le myoplasma devient incapable d'assimiler les éléments de nutrition de la lymphe qui le baigne, et alors, le tissu de soutènement, grâce à son pouvoir nutritif si puissant, accapare ces éléments devenus surabondants.

Nous tenons ici à mettre en évidence l'importance dans ce processus de la prolifération du tissu adipeux, car cette particularité ne paraît pas avoir retenu, autant qu'elle le mérite, l'attention des observateurs. On sait que ce tissu, au point de vue de son développement, ne résulte pas d'un simple dépôt de graisse dans les cellules fixes du tissu conjonctif. Les cellules adipeuses sont, à l'origine, des cellules spéciales qui apparaissent le long des vaisseaux sanguins. Une cellule adipeuse représente, en réalité, comme le dit avec raison M. Ranvier, une glande cellulaire. Or, la description que nous avons donnée de la multiplication des cellules adipeuses jeunes, démontre le rôle actif que joue ici le tissu graisseux, dont l'importance est si grande dans les échanges nutritifs en général. Aussi bien, ne provient-il ni de la fibre musculaire ni des fibres conjonctives, mais résulte-t-il d'une *hyperplasie autogène* des cellules adipeuses. Nous pouvons ajouter que le mécanisme de la disparition de la fibre musculaire n'est pas uniforme au point de vue chimique. Certaines fibres disparaissent par le fait du remplacement du protoplasma différencié par le sarcoplasma; dans d'autres, à mesure que le myoplasma disparaît, c'est le tissu adipeux qui prend sa place; il en est enfin où la destruction se fait par une véritable transformation chimique (dégénérescence hyaline).

Ainsi qu'on le voit, l'hypothèse que nous proposons diffère à certains égards de l'application au cas particulier de la théorie générale de la phagocytose, du moins telle qu'elle a été autrefois comprise par M. Metchnikoff. Nous n'avons pu, en effet, distinguer nulle part d'indices certains de l'action cytophage des phagocytes; mais il convient d'ajouter que M. Metch-

nikoff a modifié, comme déjà nous l'avons dit, sa manière de voir, puisqu'il rend la prolifération nucléaire dépendante et de l'impuissance nutritive du myoplasma et de la nutrition exubérante du sarcoplasma.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — SERVICE DE M. CHARCOT.

SERVICE OTOLOGIQUE

ANNÉES 1891-1892;

Par le Dr GELLÉ.

Le tableau publié à la fin de cette revue montre que la clinique otologique a été fréquentée cette année par un grand nombre de malades. Parmi les affections variées de l'appareil et de la fonction de l'ouïe qu'il nous a été donné d'observer, il en est quelques-unes qui méritent d'être signalées à l'attention, soit qu'elles offrent de l'intérêt par les difficultés d'un diagnostic complexe, ou par une évolution spéciale, soit qu'elles mettent en évidence la valeur séméiologique d'un symptôme auriculaire, ou parce que le groupement des observations autorise certaines déductions pratiques au point de vue du pronostic ou du traitement.

On remarque tout d'abord une forte diminution du nombre des cas suraigus, des otites suppurées, et des mastoïdites; décidément l'influence épidémique a été moindre; mais, par contre, les otorrhées se présentent en quantité; c'est le reliquat de l'an passé; les cas graves ont été mal ou banalement soignés en ville par les irrigations interminables dans le conduit, les vésicatoires, etc., tandis qu'une incision tympanique ou des incisions répétées auraient triomphé du mal en cinq semaines, et évité les complications. C'est ainsi que les cellules mastoïdes se prennent, suppurent, et nul traitement ne peut agir sur ce diverticulum de l'oreille moyenne, s'il n'est dirigé vers l'antrum par des mains expérimentées armées d'instruments

spéciaux. Pour moi, je crois devoir à l'emploi de ces soins et de ces moyens l'absence complète de complications du côté de l'apophyse et de trépanations depuis quinze ans, quand j'ai pris à temps en main le traitement topique auquel je fais allusion.

Si l'on embrasse l'ensemble des 510 observations récoltées à la clinique de cette année à la Salpêtrière, on est vivement frappé de constater des lésions otiques ou fonctionnelles des plus graves chez des individus qui disent n'en avoir pas souffert, et ne point s'en être aperçus; et qui reçoivent même avec un air de doute le diagnostic et le pronostic portés; tandis que, chez d'autres sujets, les troubles auriculaires les plus persistants, et la préoccupation la plus forte, reconnaissent pour cause un léger eczéma, un amas de cerumen, une lésion insignifiante. Entre la lésion et ses manifestations, il y a l'homme malade aussi ondoyant que divers.

On a dit avec raison que les aspects les plus anormaux du tympan n'impliquaient nullement un égal désordre de la fonction auditive; on peut parallèlement ajouter que les troubles subjectifs les plus terribles de l'ouïe ne prouvent pas l'existence d'une lésion de l'appareil de transmission, de ce qui est trop souvent regardé comme la partie principale de l'oreille, au point de vue pathogénique. De même on apprend à la clinique otologique à ne pas trop facilement conclure en l'absence de lésion objective qu'il n'y a pas de lésion auriculaire.

Loin des regards, l'oreille n'a-t-elle pas son appareil sensitif, qui, d'un côté, touche à l'organe de transmission des sons, et est relié de l'autre au système nerveux central? C'est par ces derniers liens que la pathologie auriculaire se rattache à la pathologie du système nerveux. Ainsi le labyrinthe peut être primitivement frappé; ou bien consécutivement dans les affections de la caisse; enfin, en troisième lieu, dans les maladies générales du système nerveux et de l'appareil cérébro-spinal. Dans ces trois hypothèses, le labyrinthe a son mode réactionnel propre, caractéristique. On ne trouvera de lésions que dans le cas de propagation d'une otite moyenne ou d'une lésion du rocher. L'expression des souffrances des nerfs labyrinthiques est univoque. C'est un tableau symptomatique complexe, mais qui donne une image reconnaissable entre toutes, une impression toute particulière signalant l'unité d'origine : c'est ce que j'appelle le labyrinthisme.

L'état de souffrance de l'oreille interne, que j'appelle du nom synthétique de labyrinthisme, se manifeste par un groupe de symptômes très nombreux; où l'on trouve réunis les bruits d'oreilles les plus divers sous le rapport de la durée, de l'intensité et de la nature; les troubles de l'équilibre les plus variés. depuis le grand accès de vertige, dit de Ménière, jusqu'à l'état subvertigineux, qui ne reconnait qu'un mode d'éveil, tantôt la résolution la plus subite, tantôt une impulsion motrice involontaire, mais sans perte de connaissance; les malades ne perdant jamais conscience de leurs actes et de leurs souffrances; la tendance aux lipothymies, les troubles de la vue, des hallucinations de la vue, du toucher et du sens musculaire; des troubles vaso-moteurs évidents, de la migraine, des angoisses et des terreurs au moindre ébranlement, un état d'émotivité remarquable, d'anxiété pénible, avec une faiblesse générale telle que le sujet se tient pendant des semaines couché; des sueurs froides, des nausées, des crises, des vomissements; de la surdité à tous ses degrés, subite ou tardive, antécédente ou consécutive aux attaques, aux malaises; un état de dépression mentale, d'incapacité intellectuelle, qui est parfois le seul trouble observé, durable, et qui va jusqu'à la prostration, jusqu'à l'hébétement. L'hypéresthésie, l'otalgie, l'ouïe douloureuse, l'insomnie, le cauchemar en font partie; et tout cela peut céder, comme par enchantement, à la douche d'air, et au sulfate de quinine, soit aux douches froides, etc., à l'extraction d'un polype, à l'ouverture d'un abcès, ou à la raréfaction qui soulagent le labyrinthe. Les deux labyrinthes sont rarement atteints simultanément d'inflammation, d'hémorrhagie, etc. (fièvres, dyscrasies, etc., exceptées), tandis que dans les névropathies, la simultanéité et la bilatéralité des troubles nerveux otiques sont fréquentes, et s'expliquent facilement. Par contre, la fixité et la durée des phénomènes morbides sont plutôt l'apanage de lésions limitées au labyrinthe, et la variabilité et l'inégalité sont surtout remarquables dans les troubles auriculaires liés aux grandes névroses.

On voit combien nous sommes loin de la simplicité du diagnostic de la surdité nerveuse par exclusion. Aussi les troubles otiques qui reconnaissent une origine nerveuse sont-ils aussi fréquents qu'on les trouvait rares par la méthode d'élimination ancienne.

Mais souvent les deux causes, l'une générale, prédisposante,

et l'autre locale unilatérale, ou bilatérale, sont réunies et concourent à la même expression symptomatique qui devient prédominante et caractéristique, l'intensité des symptômes n'était pas en rapport avec la légèreté des lésions. Ces cas sont fort nombreux ; et l'unilatéralité n'exclut pas l'intervention de l'élément névropathique.

L'an passé, nous avons à cette place décrit l'évolution des crises neurasthéniques consécutives aux otites de l'influenza; appuyé sur l'analyse d'un grand nombre de faits, nous avons montré combien la connaissance des associations dont nous parlons est importante pour démêler l'indication thérapeutique nécessaire. C'est ainsi que nous avons plusieurs fois vu des troubles subjectifs auriculaires tenaces, céder aux douches froides, après avoir résisté aux meilleurs pansements de la lésion locale. Nous avons vu ainsi rapidement s'amender, surdité, vertiges, bourdonnements rebelles, douleurs, incapacité intellectuelle, absences, etc., qui persistaient après l'otite suppurée ou non, tout avait été séché, cicatrisé, mais le labyrinthisme résistait. Né de la lésion voisine, il durait sous l'influence de l'état neurasthénique créé par l'épidémie. L'observation suivante est curieuse entre toutes à ce point de vue :

Observation CCLVIII du registre 1891-1892. (Résumé.) — 7 février 1891. — Mme Héraud, trente-neuf ans, est toujours malade depuis son attaque d'influenza dans laquelle ses deux oreilles ont suppuré : la gauche coule encore. Cette dame ne répond pas si elle ne voit pas parler.

M = 3 centimètres à gauche ; M = 10 centimètres à droite ; M = B sur le front et l'apophyse mastoïde à droite et à gauche ; D.V + à gauche, et non mobilisé par l'occlusion droite.

D. V étant bien perçu par l'air à droite et à gauche. D. V moins fort perçu que D à droite et à gauche. Après le nettoyage à sec : pressions centripètes D/ tube = o ; D / os = o ; D/ or — opposée = o. Large perforation centrale à gauche, avec enfonçure du tympan ; et manche horizontal presque invisible à droite et à gauche. Oreille droite sèche, rose pâle ; caisse vide, sans fongosités ; à gauche rougeurs et humidité au fond. — En mars, tout est sec, rose pâle ; souffle sec par Valsalva. Affaiblissement général, suite de cette longue crise de douleurs, de suppuration et d'appréhension pour l'avenir. — 21 mars, l'audition n'a rien gagné. Mais sous l'influence du vin arsénical et des gouttes amères de Baumé, relèvement des forces, bourdonnements moindres, la parole est à peine entendue de face ; à 10 centimètres du côté gauche ; un peu mieux,

un peu plus clairement après le Politzer associé à la raréfaction qui redresse le tympan déprimé.

En mai, retour de l'écoulement léger, et la surdité revient totale.

L'état général, au lieu de s'améliorer, s'aggrave rapidement ; affaiblissement, prostration, insomnie, inappétence, incapacité de travail de tête, de penser, inertie complète, faiblesse et surdité croissantes. Tête lourde qui s'étourdit vite; sentiment de vague et d'engourdissement des facultés. En mai, juin et juillet, j'ordonne les douches froides quotidiennes, et le sirop de sulfate de strychnine.

On note assez régulièrement et assez vite un relèvement progressif des forces, le retour de l'appétit, du sommeil, de la gaieté et l'amélioration très évidente de l'ouïe. Les tympans sont plus minces, moins enfoncés, la teinte générale est pâle rosée, à peine un léger suintement par instants.

En septembre, l'audition est revenue telle que la malade reprend ses travaux et ses forces sont à peu près normales. Elle continue les douches et le sirop d'iodure de fer.

Les maladies du système nerveux, avec ou sans lésions systématiques ou en foyer, retentissent sur l'appareil auditif, qu'il soit sain ou malade, et davantage dans le dernier cas. Les neurasthéniques, dont l'oreille est atteinte de sclérose confirmée, voient les crises de vertige apparaître, les bourdonnements redoubler. Phénomène remarquable, leur surdité s'accroît en même temps ; et la courbe de l'acuité auditive offre des oscillations curieuses, d'un moment à l'autre, des dénivellements qui concordent avec la marche des accidents d'asthénie nerveuse générale, avec leur progression ou leur diminution, et permettent de les enregistrer (Obs. CCXLII).

Observation CCXLII. — Femme, trente-deux ans. Oreille gauche perdue; à l'oreille droite elle perçoit la montre à 35 centimètres en janvier 1891; avec l'audiphone, la parole est nettement perçue basse et vite. En mars suivant, je ne puis me faire entendre, rien ne passe, ni parole, ni mieux avec l'audiphone. En juillet même année, l'audition primitive se rétablit, tout renaît et l'état général se relève. En janvier 1892, nouvelle éclypse des fonctions auditives.

Les épileptiques ont souvent l'audition altérée à la suite de leurs attaques. Féré a récemment repris ce sujet. Le n° 275 qui entendait naguère la montre à 50 centimètres de sa bonne oreille, ne la perçoit plus aujourd'hui qu'à 3 centimètres après

un accès violent. On peut constater la surdité absolue après la crise, si déjà une oreille était perdue.

Les hystériques sourdes peuvent voir l'audition raparaître après la crise ; ou bien une oreille seule reste anesthésiée; ou enfin l'affection change de côté et l'oreille la meilleure peut devenir la pire.

Cette marche par à-coups, ces oscillations brusques sont absolument caractéristiques des états névropathiques et il m'est arrivé fréquemment dans la pratique de reconnaître une neurasthénique à ces variations de l'acuité auditive, la lésion auriculaire étant de sa nature immobile et fixe.

La cachexie exophtalmique s'accompagne quelquefois de troubles auditifs, bourdonnements, battements, vertiges, et cependant à l'exploration on peut ne découvrir aucune lésion ou une altération insignifiante des appareils de l'ouïe ; n'est-ce qu'une anémie labyrinthique liée aux troubles vaso-moteurs ?

Observation CCLXXIV. (Résumé.) — Mlle B..., vingt ans, bourdonnement, vertiges, battements, palpitations et gonflement, anémie extrême, souffle carotidien modulé, pouls fréquent, exophtalmie double, gros corps thyroïde.

M= à 65 centimètres à droite et à gauche. DV central mobile à volonté par l'occlusion des oreilles. Pressions positives, réflexes normaux, aération facile, aspect normal, pâleur générale des muqueuses, règles rares.

Le soulagement a été obtenu par le traitement général (électricité, douches froides). Autre fait avec affaiblissement de l'ouïe.

Observation CCCXXV. — *Exophtalmie double, double surdité croissante, oreilles saines.* — Mme D., trente-quatre ans, maigre, fatiguée, trois enfants, faiblesse générale, palpitation fréquente, battements carotidiens; corps thyroïde énorme; se plaint de surdité graduellement plus forte surtout depuis quelques semaines, léger tremblement général; pas d'œdème, point de côté très habituel sur le sien. Sueurs faciles, souffle ronflant, vibrant au premier temps, pâleur très accusée des muqueuses buccales et pharyngées.

M = 2 centimètres à droite, M = 3 centimètres à gauche, M = B sur le front et l'apophyse mastoïde, à droite et à gauche, aération de la caisse facile à droite et à gauche.

Pressions centripètes positives des deux côtés : D/ tube = B, D/ or. = B, D/ oreille opposée = B, c'est-à-dire réflexes intacts, D.V. central. — Tympans normaux et mobiles sur les yeux, membrane et marteau.

De cet examen il résulte que la surdité n'a pas sa cause dans une lésion objective; or, elle est bilatérale, et très forte. La parole est cependant entendue de près sans effort ni faute; mais la voix confidentielle et celle de conversation ordinaire sont mal perçues; il faut une phrase courte, dite à haute voix. Mais ce n'est pas seulement par suite de ses rapports avec le système nerveux central que l'appareil percepteur des sons réagit d'une façon anormale, cause les phénomènes subjectifs déjà énumérés.

Ces troubles fonctionnels otiques s'observent encore chez les malades épuisées par des grossesses répétées, l'allaitement trop prolongé, les pertes sanguines, les diarrhées continues; s'il y a lésion de l'organe auditif les désordres sous l'influence de ces causes déprimantes s'accroissent outre mesure. L'Observation CCLXV en est un exemple.

Observation CCLXV. 28 février 1891. — Mme M. Aline, quarante-sept ans, sourde à crier, fait répéter toute question; soignée il y a six ans pour une affection douloureuse de la matrice : elle a son oreille gauche absolument perdue; n'a jamais eu de douleurs d'oreille, mais des bourdonnements avec battements.

En 1889, un grand vertige, depuis deux ans et plus, maux d'estomac et diarrhée continue, maux de tête; état amélioré par le Dr Tapret, au moyen du régime lacté.

Depuis novembre dernier (1890), accès de vertiges avec menace de chute; tournoiement, nausées sans perte de connaissance ; mal de tête constant au-dessus des yeux; si elle fixe, la vue se trouble, il y a des points noirs sur ce qu'elle regarde, elle ne peut lire ni coudre. Elle est régulièrement menstruée, urines normales.

Le vertige vient au moindre mouvement des yeux, de la tête; elle a dû garder le lit très souvent et longtemps depuis deux ans. Même au lit ou renversant la tête, tout tourne. M = 3 centimètres à droite et non perçue sur le crâne.

DV + à gauche, mais mal senti. Diapason plus perçu par l'air que sur le vertex à droite et à gauche : tympans mobiles avec le seigle ainsi que le manche du marteau; pressions positives à droite et à gauche.

Réflexes excellents ; D/ or. opposée = B, droite et gauche. — Pas de vertige provoqué, neurasthénie évidente, oreilles saines ou à peine atteintes, la trompe gauche peu perméable, rien à la gorge ni dans les fosses nasales. — Réponses intelligentes.

Traitement par les douches froides suivi d'une excellente amélioration de l'état général, de la disparition des battements, des vertiges et du retour d'une audition et d'une capacité visuelle suffi-

santes ; fait chaque jour la douche d'air dès la première semaine du traitement.

Les troubles subjectifs de l'ouïe s'observent encore dans les divers états dyscrasiques, cachectiques (albuminurie, diabète, etc.), assez souvent ils reconnaissent pour origine l'hypertension vasculaire au début de l'artério-sclérose et des affections cardiaques, rénales et cérébrales de nature scléreuse, et de même à la période d'hypertension, au moment de l'asystolie et de l'anémie cérébrale.

Il est à remarquer que ces troubles vertigineux, ces bourdonnements sont fréquemment suivis de chute à terre dans ces cas. L'amélioration rapide que l'on obtient ici par le régime lacté sévère au début, par les iodures et par la digitale à la fin, montre l'utilité du diagnostic étiologique.

Je compte 12 à 15 de ces cas par année à la clinique, envoyés comme atteints de vertiges de Ménière, soit pour leurs bourdonnements, offrant ou non des lésions chroniques scléreuses des oreilles, peu faciles à modifier, et que le traitement général susdit soulage d'une façon très évidente, quand on sait discerner à quelle période d'hypertension ou d'hypotension en est le maladie. Le traitement quinique suffit encore dans le premier cas. Les affections utérines ont aussi de sérieux contre-coups sur les oreilles, et ramènent toute la symptomatologie du labyrinthisme et de la neurasthénie. Les moindres troubles congestifs de la tête retentissent vivement sur les nerfs de l'oreille interne, qu'ils soient dus à une rhinite, ou à toute autre cause de fluxion sanguine; l'irritation simple du conduit suffit chez certains individus (clou, bouchon de cire, blessure).

Certaines observations montrent excellemment la dualité des causes de persistance, et de retour des troubles subjectifs si énervants et si tenaces (bourdonnements et vertiges) dans les affections auriculaires les plus franches et les surdités les plus caractérisées, quand sous l'influence du traitement on voit peu à peu l'acuité auditive redevenir normale et étendue, même alors que cependant certains symptômes auditifs persistent et progressent, entretenus par un état neurasthénique, soit par une affection utérine ou par toute autre cause d'affaiblissement général de l'économie. L'Observation CCLXXVI en est un type très instructif et très suggestif à ce point de vue.

Observation CCLXXVI. 14 mars 1891. (Résumé.) — Mme Gris..., trente-cinq ans, dit avoir une bonne audition, mais souffre de vertiges avec tendance à tourner à droite, depuis l'influenza de l'an dernier (hiver 1890).

Depuis le 1er mars, elle est plus malade ; mal de tête continuel, pas de bourdonnements, mais crises de tournoiement qui se répètent plusieurs fois dans la journée.

Femme nerveuse, impressionnable, émotive, craintive, mais non affaiblie ; elle répond très bien aux questions, ne fait pas répéter, n'hésite jamais dans ses réponses, elle entend la voix murmurée autant à droite qu'à gauche et M = à plus de 50 centimètres à droite, D. V. central. M. Bien perçue sur le crâne à droite et à gauche.

A droite, pressions centripètes positives, D/ tube = B, D/ os. = B, mais D/ or opposé = 0, pas de réflexe. Pas de vertige provoqué par les pressions. Mobilité entière de la cloison et du manche du marteau. *A gauche*, les pressions sont également positives, et de même l'accommodation binauriculaire est nulle, le réflexe est perdu. Pas de vertiges après l'épreuve. Opacité du fond, trompe imperméable de ce côté. Mobilité très étendue, anormale avec retour vers le fond de la cloison en relâchement évident.

Cette altération du tissu tympanique est la condition principale des compressions et chocs labyrinthiques et de leurs retours tenaces. C'est le résultat de l'affection otique du commencement de l'année dernière. Autre condition, l'aération de la caisse est difficile à gauche par le Politzer, cependant il n'existe pas d'adhérence.

La malade est soumise au traitement par le sulfate de quinine et aux insufflations d'air de Politzer.

21 *mars*. — Le Politzer a redressé peu à peu la cloison et l'audition de la M. atteint 40 centimètres à gauche. Le malade a remarqué que toujours ses vertiges sont plus fréquents et tenaces au moment des règles. Elle n'en a eu qu'un seul cette semaine et se sent bien plus sûre dans la marche.

4 *avril*. — Légère sensation de tournoiement fugace dans les mouvements brusques de la tête en arrière, rien de plus ; la malade se trouve forte et solide.

11. — Menstrues abondantes, avec caillots et très douloureuses ; léger subœdème des paupières, bouffissure de la face, abaissement des forces, cerveau faible, faiblesses, vertiges à tomber, titubation, bourdonnements d'oreilles et sueurs froides, les jambes se dérobent, la vue se trouble.

La raréfaction douce redresse aussitôt le tympan, très excavé à nouveau, pour lever la compression de l'étrier, mais étourdit la malade ; le Politzer a été fait dans le même moment. L'audition

est excellente, la montre est entendue à 1 mètre, et plus à droite et à gauche. La quinine est reprise, mais reste insuffisante; un état utérin (pertes, écoulements, douleurs, etc.) très sérieux s'est déclaré et exige un traitement particulier; la malade entre à l'hôpital.

Il est curieux de constater dans ce cas que la neurasthénie a reparu sous l'influence de la maladie utérine, et des pertes; et que le cachet labyrinthique reste évident. Mais l'appareil de conduction et la fonction auditive n'avaient pas gardé leur état normal. L'otite ancienne a laissé ici un point faible irritable, le labyrinthe, l'expansion de l'acoustique, et un relâchement du tympan, cause occasionnelle d'irritation.

L'hypéresthésie du labyrinthe à la suite des affections de l'oreille est un fait démontré, et elle persiste longtemps; ainsi il a été possible au D[r] Gradenigo de reconnaître de vieilles lésions otiques oubliées au moyen du courant électrique, qui ne provoque le bourdonnement que dans l'organe altéré; beaucoup de sourds ont une sensibilité exagérée au bruit. Quant à l'hypéresthésie nerveuse, elle est aussi connue. Tout récemment nous constations ce fait curieux; le D[r] V... était latéralisé du côté droit qui entend le mieux, bien que l'autre oreille perçoive la montre à 20 centimètres. De même une autre personne percevait la montre à 75 à 85 centimètres d'une oreille, où la sensation du diapason lui était absolument douloureuse: il y avait du reste du même côté d'autres signes d'hypéresthésie. Chez les hystériques, quelquefois l'oreille devient un foyer hystérogène; un bruit intense, on le sait, suffit à les rendre cataleptiques; et tout cela peut exister sans lésion. Cependant quand on suit les malades, on s'aperçoit que bien des vertiges, diagnostiqués neurasthéniques au début, ont abouti à la surdité uni ou bilatérale, dont ils étaient les signes avant-coureurs; mais au début, il n'y avait aucun signe objectif. J'ai déjà dit que ces états d'éréthisme sont fréquemment des signes prémonitoires de la surdité par sclérose, plus ou moins rapide. Ces états spasmodiques, véritables névroses labyrinthiques s'expliquent naturellement quand ils accompagnent une affection de l'oreille moyenne manifeste; on a plutôt tendance à tout rapporter à la maladie constatée et à négliger l'affection du labyrinthe. On les reconnaît comme otiques à leur allure bien caractéristique, quand la lésion est labyrinthique d'emblée, s'il y a surdité; mais il y a plus de

difficulté à ne pas les confondre avec les troubles nerveux généraux, quand l'oreille est restée en apparence saine dans ses parties accessibles.

Il faut cependant encore attribuer à une affection de l'oreille interne l'ensemble des troubles subjectifs observés, et leur reconnaître une origine auriculaire, malgré la conservation de l'ouïe, avec ou sans hypéracousie, dans les cas où le vertige est bien évidemment du type dit de Ménière.

La malade n° 286 est un cas de ces névroses labyrinthiques associées à tous les états de souffrance de la neurasthénie, l'ouïe restant encore excellente. A ce propos, il faut remarquer qu'on ignore si cette acuité auditive n'était pas auparavant très supérieure. Cette dame a perdu ses forces et vu commencer ses malaises il y a deux ans et demi, au moment où elle nourrissait. Cela débuta par un accès de vertige de Ménière avec chute dans la rue sans perte de connaissance. Elle est bien plus souffrante aux époques menstruelles ; elle offre ceci de remarquable que son ouïe est excellente, et qu'il n'y a pas de bourdonnements auriculaires; mais l'ouïe peut s'altérer graduellement et lentement en ce cas. La montre est perçue à 60 centimètres à droite et à gauche ; les mouvements des tympans et des étriers sont normaux ; les réflexes aussi.

C'est une émotive, et une épuisée dont tous les centres nerveux sont en état de souffrance. Un traitement général, les prises classiques et les douches froides l'ont rapidement améliorée. J'ai déjà donné plusieurs faits de même ordre. Cette année, il est passé également sous nos yeux un certain nombre de cas de surdité dues à des lésions cérébrales ou intracrâniennes. Ils ont pour la plupart un grand intérêt d'étude surtout. Je citerai le fait suivant qui met bien en relief la valeur des signes auriculaires au point de vue de la localisation de la lésion dans les centres nerveux.

Observation CCCLIII. (Résumé.) — F. Mo.., trente-cinq ans, il y a quinze mois, attaque subite, hémiplégie droite et paralysie faciale gauche.

Aujourd'hui sa face est normale, mais elle traîne encore la jambe droite ; l'oreille gauche est restée sourde depuis lors et bourdonne légèrement.

D. V. mal perçu, D. posé sur l'apophyse mastoïde de droite, assez bien senti et non mobilisé par l'occlusion gauche. M et diapason non perçus par l'oreille gauche, diapason mastoïde non plus à gauche. Pressions centripètes positives à droite et nulles à gauche.

Aucune action des pressions exercées à l'oreille gauche sur l'audition droite R = O. M et diapason bien entendus à droite; M = 8 centimètres à droite. Cependant la parole est assez facilement entendue sans effort et sans faire répéter à distance ordinaire de la conversation. Le Politzer passe très bien sans aucune amélioration ni à droite ni à gauche.

Au point de vue de la séméiotique, j'insiste sur la valeur de cette perte du réflexe optique. R = 0, de l'action synergique de l'oreille gauche (sourde) sur la droite. Evidemment cela indique que le siège de la lésion cause de surdité gauche n'est pas central; ce n'est pas une lésion du foyer sensoriel : nous savons que dans l'hémi-surdité hystérique entre autres les réflexes de l'accommodation binauriculaire fonctionnent normalement, et qu'on atténue la sensation perçue du côté sain en agissant par pression sur le côté sourd. Or, ici, ce réflexe est perdu ; il y a donc autre chose ; c'est sur le trajet des conducteurs des actes réflexes que se trouve sans doute la lésion ; et probablement au niveau de la protubérance ainsi que la paralysie croisée l'indique déjà.

CLINIQUE OTOLOGIQUE ANNEXE

STATISTIQUE 1891-1892.

Consultations	510
Consultants externes	268
Consultants intérieurs	66

Nature des maladies.

1° Surdités nerveuses, c'est-à-dire sans lésion otique :

Avec lésion des centres nerveux :

Tabes	4
Lésions intra-craniennes	10
Epilepsie	7

Sans lésion, nécroses, psychoses, etc. (Voir plus loin.)

2° Surdités avec lésions otiques	141
Lésion labyrinthique	2
Sclérose de la caisse	35
Otite moyenne chronique	37
Otite avec obstruction tubaire	19
Bouchons de cérumen	20
Otorrhées	28
Avec perforation tympanique	11
— polypes	6
— sequestre	1
3° Lésion otique et affection nerveuse associées	43
4° Affections du conduit auditif	4
Atrésies	3
5° Affections du pavillon auriculaire	2
6° Vertiges :	
A. Avec lésion otique :	
L'otite subaiguë	3
La sclérose	18
L'obstruction tubaire	7
Le bouchon de cérumen	6
B. Associés à une affection nerveuse	10
— à une lésion cardiaque	2
C. Vertiges sans lésion ataxique :	
Liés à la neurasthénie	12
— une affection du cœur	3
Avec hystérie	2
— diarrhée chronique	1
— exophtalmie	1
— l'épilepsie jacksonienne	1
— la syringomyélie	1
— l'anévrysme de la crosse aortique	1
— tumeur intra-cranienne	1
— rhinite et flux nasal	2
D. Vertiges avec perte de connaissance.	
Avec lésion cérébrale	1
— cardiopathie, artério-sclérose	1
— albuminurie	2
7° Bourdonnements, bruits, tintouins.	
a. Avec lésion otique	198
Associée à une affection nerveuse	39
— — lésion cardiaque	6
b. Sans lésion otique	21
8° Paralysies faciales.	
Avec lésion otique	4
Sans lésion otique	2
Traumatique	1
Avec lésion cérébrale	2

9° Affections et lésions otiques, syphilitiques	5
Otorrhées	3
Sclérose	2
Par hérédo-syphilis	6
Otorrhées	3
Sclérose	3
10° Lésions auriculaires bilatérales sur O. quelconques, chroniques :	
Sur 196 cas =	71 = 1/3
10° *bis* Troubles auditifs bilatéraux sans lésion otique	17
11° Névralgies faciales	8
Otalgies	4
Hyperacousie	2
Rhinalgies	3
12° Neurasthénie :	
Avec ou sans affection otique, avec bourdonnements, surdité.	33
13° Epilepsie; épilepsie jacksonienne	7
14° Lésions diverses intra-craniennes	15
15° Exophtalmie	2
16° Artério-sclérose, cardiopathie, etc.	12
17° Tumeurs adénoïdes	2
18° Abcès et périostites mastoïdes	3
19° Rhinites chroniques, rhinorrhées	29
Ozène	3
Perforations de la cloison	1
Lésions syphilitiques tertiaires	3
20° Polypes muqueux nasaux	8
Sténose par éperons, adhérences	3

RECUEIL DE FAITS

GANGRÈNE DE LA LÈVRE PAR SUCCION CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL[1];

Par le Dr. Ch. VALLON,

Médecin de l'asile d'aliénés de Villejuif.

Le nommé B... est atteint de paralysie générale à la dernière période : complètement dément, gâteux, il ne quitte plus le lit; un soir vers huit heures, on s'aperçoit que sa lèvre inférieure est prise et fortement serrée entre les arcades dentaires, alors qu'à quatre heures et demi, heure du dîner, il n'existait rien de semblable. L'interne de garde arrive aussitôt; à l'aide du manche d'une cuiller il écarte les mâchoires et dégage la lèvre; celle-ci est très tuméfiée, violacée, noirâtre par places.

La *figure* 18 donne une idée de l'état de la lèvre à ce moment, mais une idée incomplète, car elle n'a été prise que le lendemain, alors que la tuméfaction avait déjà diminué.

Que s'était-il passé? Mon malade qui, les jours précédents, faisait des mouvements continuels de succion était arrivé par une succion plus énergique à faire passer sa lèvre inférieure entre les arcades dentaires et, en continuant les mêmes mouvements, à produire dans la partie un afflux abondant de sang et par suite un gonflement considérable. La grande richesse vasculaire de la lèvre inférieure explique et le degré de tuméfaction et sa rapidité.

L'introduction de la lèvre entre les arcades dentaires avait du reste été favorisée par un léger degré de prognathisme supérieur; la mâchoire supérieure avançant sur la mâchoire inférieure laissait un certain espace libre entre la face postérieure de l'arcade dentaire supérieure et la face antérieure de l'arcade dentaire inférieure.

[1] Extrait d'une communication faite à la *Société de médecine légale de France*, séance du 11 juillet 1892.

La succion continuant et par suite la tuméfaction augmentant, la lèvre inférieure s'était bientôt trouvée comprimée entre les parties dures environnantes ; la circulation avait fini par s'arrêter et la gangrène s'était produite.

La compression avait dû être énergique ; car, s'il en avait été autrement, au moment où la lèvre a été dégagée, la circu-



Fig. 18.

lation se serait bien vite rétablie dans une région aussi riche en vaisseaux que la lèvre.

Les suites de l'accident furent simples. En peu de temps il s'établit autour de la partie gangrénée un sillon d'élimination et huit jours après la plus grande partie de la lèvre inférieure pouvait être détachée d'une pièce. La *figure* 19 représente l'aspect de la lèvre à ce moment.

On voit qu'il existe une perte de substance assez considé-

rable à la partie médiane intéressant plus de la moitié de l'organe et laissant voir les incisives de la mâchoire inférieure; la plaie est à bords courbes et naturellement la concavité est tournée en haut.

La perte de substance s'est réparée rapidement ainsi que



Fig. 19.

cela se voit d'habitude chez les paralytiques généraux, même tout à fait à la dernière période de la maladie.

La *figure* 20, prise trois semaines après l'accident, permet de constater que la plaie est très bien cicatrisée, il n'en reste pour ainsi dire pas de traces : l'ouverture buccale est simplement un peu rétrécie.

Le malade n'est mort que plusieurs mois plus tard des progrès de la paralysie générale dont il était atteint.

Ce fait est un exemple des nombreuses mutilations que

peuvent se faire les paralytiques généraux par la répétition de mouvements automatiques; il est tout à fait exceptionnel, si j'en juge par les quelques recherches bibliographiques que



Fig. 20.

j'ai faites; nulle part en effet même dans les traités de chirurgie les plus récents, je n'ai trouvé signalé de cas de plaie des lèvres produites suivant le mécanisme que je viens d'indiquer.

IDIOTIE CONGÉNITALE; ATROPHIE CÉRÉBRALE; TICS NOMBREUX;

Par BOURNEVILLE et NOIR.

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies, coléreux, rhumatismes, accidents cérébraux, alcoolique. — Grand-père paternel, calculeux. — Mère, rhumatisante, migraineuse. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Aïeul maternel, diabétique (?). — Oncle maternel, mort de congestion cérébrale. — Cousin germain, mort de convulsions. — Sœur, convulsions de l'enfance. — Autre sœur, morte de convulsions.*

Conception durant l'ivresse. — Naissance à 7 mois; absence d'ongles. — Convulsions à 2 mois. — Chorée (?) de 4 à 6 ans. — Tics multiples. — Parole nulle. — Marche à 2 ans et demi.

Ros... (Auguste), né à Paris le 27 septembre 1873, est entré à Bicêtre le 14 mars 1887 (service de M. BOURNEVILLE).

ANTÉCÉDENTS (*Renseignements fournis par sa mère, le* 28 *mars* 1887). — *Père*, cinquante et un ans, sculpteur sur bois, homme vif, emporté, sujet à de fréquentes *céphalalgies* accompagnées d'épistaxis. Rhumatisant depuis la guerre, il fut pris en 1873 après la naissance de l'enfant d'accidents articulaires avec fièvre qui s'accompagnèrent de phénomènes cérébraux graves (délire, perte de la connaissance durant vingt-quatre heures). Cette affection avait été précédée durant plusieurs jours d'un état mental tout particulier et bizarre. « Il s'arrêtait sur les trottoirs et parlait à toutes les personnes qu'il rencontrait. » Depuis il ne fut pris d'aucun accident nerveux. Il n'a jamais été atteint de dermatoses et ne présente pas de traces de syphilis. Sobre actuellement, il s'enivrait fréquemment à l'époque de la conception de l'enfant. Il n'use pas de tabac. — [*Père* sobre, mort à soixante et onze ans, de la suite de l'opération de la pierre qu'on exécutait sur lui pour la seconde fois. *Mère*, non nerveuse, morte à vingt-quatre ans, d'une affection pulmonaire à la suite de sa quatrième couche. Dans le reste de la famille du père, aucune autre affection psychique, nerveuse, arthritique, etc.]

Mère, cinquante ans, ménagère, femme forte, paraissant douée d'une intelligence moyenne, elle a eu de légères atteintes de rhumatisme chronique aux poignets et des *migraines* assez fréquentes survenant surtout le matin, s'accompagnant de scotomes, de nau-

sées et de vomissements. Elle est très sobre, ne porte pas de traces de syphilis, est vive, nerveuse sans avoir jamais eu de crises, ni d'accidents nerveux d'aucune sorte. — [*Père* robuste, sobre, d'habitude bien portant, est mort à soixante-dix ans de pneumonie. — *Mère* morte à cinquante-neuf ans avec de l'ictère, aurait contracté sa maladie ultime à la suite d'une peur que lui aurait faite un fou



Fig. 21. — Ros... en robe de gâteux (avril 1887).

qui menaçait de la tuer (?). Elle était aussi *migraineuse*. — 3 *frères* dont un mort à treize ans de « *congestion cérébrale* accompagnée de *convulsions* ». Cette maladie aurait duré deux jours. — La *grand'-mère maternelle* morte assez âgée à la suite d'une fracture de jambe aurait été extravagante. « Elle était comme un homme. » — Le *grand-père paternel* paraît avoir été *diabétique*. — La *grand'mère maternelle* est morte « asthmatique ». — Dans le reste de la famille de la mère, rien d'intéressant, à part cela, à signaler.

Pas de consanguinité (père originaire d'Italie, mère franc-comtoise). — L'inégalité d'âge des deux époux est d'un an.

7 *enfants*, 6 sont vivants à l'heure actuelle : 1° une fille (vingt-sept ans), n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, ni de convulsions, toujours bien portante. D'un caractère gai et vif, parfois emporté



Fig. 22. — Ros... devenu propre et mis en pantalon.

elle est mariée et a eu 2 filles, une de ces dernières est morte en ayant des convulsions, l'autre a toujours joui d'une bonne santé, est bien portante et intelligente; — 2° une fille (vingt-six ans), ayant eu à onze mois une seule fois des *crises convulsives* à l'époque de la dentition. Cette fille, saine de corps et d'esprit bien qu'un peu excitable, a eu 4 enfants, 2 de ces derniers sont morts en bas âge, les 2 autres sont bien portants, aucun n'a eu de convulsions; —

3° Un garçon (vingt-quatre ans), sobre et intelligent, n'a jamais eu de convulsions; — 4° une fille morte à onze mois de *méningite* avec de nombreuses *crises convulsives* ; — 5° un garçon de dix-neuf ans, sobre, sans accidents nerveux ; — 6° une fille de dix-sept ans, sans accidents nerveux, bien que nourrie pendant le siège; — 7° notre malade.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le mari se livrait à



Fig. 23.

des excès alcooliques très fréquents, et la mère est persuadée que l'enfant a été *conçu durant l'ivresse.* — La *grossesse* fut accidentée. La mère s'exposait fréquemment au froid, passant les nuits à la recherche de son mari, dans le but de l'arracher aux excitations des mauvais camarades et d'empêcher dans la mesure du possible ses excès alcooliques. Elle prit alors froid, eut de l'œdème des jambes. Un médecin qui l'examina prétendit qu'elle était atteinte d'hydramnios. Elle n'eut néanmoins aucune crise syncopale, ni

éclamptique, ne reçut pas de coups, ne fit pas de chute, ne fut sujette ni aux vomissements, ni aux frayeurs, ni aux envies. — L'*accouchement* eut lieu prématurément, à sept mois. Il fut long, difficile, sans nécessiter pourtant ni l'anesthésie, ni l'emploi du forceps. La rupture de la poche des eaux s'accompagna d'un épanchement de sérosité considérable. L'enfant, *à la naissance*, était



Fig. 24.

tout petit, il n'était pas asphyxié, n'avait pas de circulaires autour du cou. On remarqua qu'il n'avait pas d'ongles et qu'il avait les yeux malades; cette affection guérit au bout de deux mois. A six semaines, les ongles commencèrent à pousser. Il fut pris à deux mois de *convulsions* très courtes et très rapides, se manifestant par de la cyanose, des grimaces de la face et des mouvements convulsifs des membres sans prédominance d'un côté. Depuis, il n'a pas eu d'autres accidents convulsifs. — Première dent à cinq mois. Den-

tition longue à se compléter. Début de la parole à onze mois; n'a jamais pu dire que « maman ». Rougeole et variole à deux ans. Coqueluche plusieurs fois (?) durant son enfance.

De quatre à six ans, l'enfant aurait présenté des *mouvements choréiformes* dans les membres, tant à droite qu'à gauche. C'est après la disparition de cette *chorée* (?) que sont survenus chez lui les



Fig. 25.

troubles bizarres que nous observons aujourd'hui et qui ont très peu varié. Ces troubles, d'après sa mère, consistent en un besoin fréquent de mouvements. Depuis l'âge de deux ans et demi, il sait marcher et depuis six ans il court constamment, ne peut rester en place et tourne fréquemment sur lui-même. Il reconnaît ses parents, mais est dans un état intellectuel des plus bas. Gâteux jour et nuit, il ne peut se laver, ni s'habiller, cependant il se prête et aide un peu à cette dernière opération. Il a toujours été incapable

de recevoir la moindre éducation. Sans cesse en mouvement, il passe parfois des heures à s'amuser avec un objet quelconque, un morceau de bois par exemple (*fig.* 21).

ETAT DU MALADE (19 *mars* 1887). *Tête : crâne* pointu en pain de sucre. Front fuyant. Asymétrie notable. Dépression prononcée des régions frontales et pariétales droites. Occiput peu saillant. — *Face*



Fig. 26.

ovale, physionomie stupide. Arcades sourcilières déprimées, sourcils châtain clair. — *Yeux :* strabisme interne double, surtout accusé à droite. — *Iris* brun, pupilles égales, moyennement dilatées, à réactions normales. — *Nez* moyen, épaté à la base. — *Bouche* moyenne. Lèvres assez volumineuses. *Oreilles* longues et larges, écartées du crâne à leur partie supérieure. L'ourlet n'est pas très bien conformé surtout à droite, il est déchiré à sa partie supérieure et présente un tubercule. Le lobule est peu développé et adhérent à gauche.

Thorax bien conformé ainsi que les *membres supérieurs* et *inférieurs*. Aucun signe de rachitisme. Le dos des mains présente des *durillons* arrondis limités par des bords latéraux très saillants, dus à des *morsures* répétées qu'il se fait sur les mains.

Les aisselles sont entièrement glabres. Le pénil présente quelques poils clairsemés et bruns. La verge a une longueur de



Fig. 27.

8 centimètres et une circonférence de 8 cent. 5. *Phimosis;* cependant le gland est découvrable. Le méat est normal. Testicules du volume d'un œuf de passereau, le droit est légèrement moins volumineux que le gauche.

Sensibilité générale au tact, à la douleur, à la température assez développée. *Goût :* Ros... aime le sucre, mais n'éprouve pas de dégoût pour la teinture de coloquinte. *L'odorat*, *l'ouïe*, paraissent normaux. L'examen de la *vue* est impossible.

de recevoir la moindre éducation. Sans cesse en mouvement, il passe parfois des heures à s'amuser avec un objet quelconque, un morceau de bois par exemple (*fig*. 21).

État du malade (19 *mars* 1887). *Tête : crâne* pointu en pain de sucre. Front fuyant. Asymétrie notable. Dépression prononcée des régions frontales et pariétales droites. Occiput peu saillant. — *Face*



Fig. 26.

ovale, physionomie stupide. Arcades sourcilières déprimées, sourcils châtain clair. — *Yeux :* strabisme interne double, surtout accusé à droite. — *Iris* brun, pupilles égales, moyennement dilatées, à réactions normales. — *Nez* moyen, épaté à la base. — *Bouche* moyenne. Lèvres assez volumineuses. *Oreilles* longues et larges, écartées du crâne à leur partie supérieure. L'ourlet n'est pas très bien conformé surtout à droite, il est déchiré à sa partie supérieure et présente un tubercule. Le lobule est peu développé et adhérent à gauche.

Thorax bien conformé ainsi que les *membres supérieurs* et *inférieurs*. Aucun signe de rachitisme. Le dos des mains présente des *durillons* arrondis limités par des bords latéraux très saillants, dus à des *morsures* répétées qu'il se fait sur les mains.

Les aisselles sont entièrement glabres. Le pénil présente quelques poils clairsemés et bruns. La verge a une longueur de

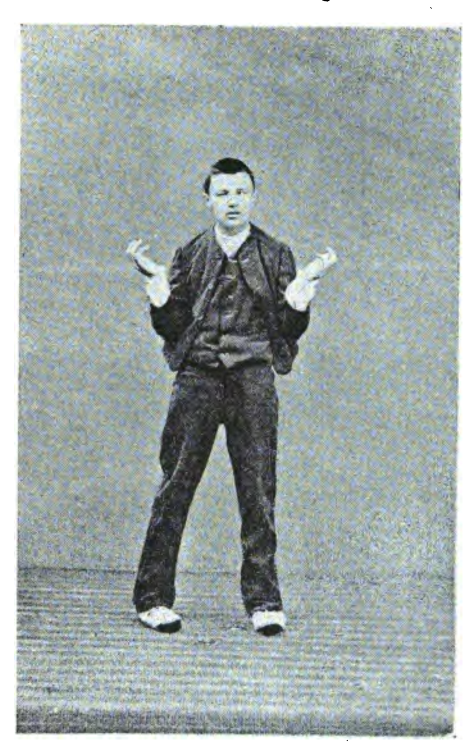


Fig. 27.

8 centimètres et une circonférence de 8 cent. 5. *Phimosis;* cependant le gland est découvrable. Le méat est normal. Testicules du volume d'un œuf de passereau, le droit est légèrement moins volumineux que le gauche.

Sensibilité générale au tact, à la douleur, à la température assez développée. *Goût :* Ros... aime le sucre, mais n'éprouve pas de dégoût pour la teinture de coloquinte. L'*odorat*, l'*ouïe*, paraissent normaux. L'examen de la *vue* est impossible.

Décembre. — Notes de l'école. — Physionomie douce, yeux à demi fermés. Il marche en sautant, traînant le pied gauche et tournant souvent sur lui-même de gauche à droite. Il met fréquemment ses mains sur ses oreilles. Il connaît bien sa place en classe. Il ne parle pas. S'il est contrarié, il crie « maman » d'une voix plaintive, respire fortement et se pelotonne, cherchant à se rapetisser. Il est fort



Fig. 30.

craintif. A son entrée à l'école, il était violent, criait, gâtait et se masturbait continuellement. Au bout de quelques semaines, son état s'est amélioré, il sourit, obéit à quelques ordres (fermer la porte, ramasser du papier, etc.). Il a la manie de couper du papier en petits morceaux et de frotter les murs et les meubles comme s'il voulait les nettoyer. Il connaît les diverses parties de son corps, mais ne distingue pas le côté droit du gauche. Il n'a aucune instruction, mais parvient à classer les figures géométriques en bois

et colorées sur les images correspondantes. Il reconnaît sa mère, mais n'est pas très affectueux.

1891. *Juin.* — Pas d'amélioration, toujours même instabilité et mêmes manies. Ses notes d'école présentent une seule particularité intéressante, c'est l'amour de cet idiot pour la symétrie. Il aligne les bancs inégalement distants, met par ordre de volume les boules



Fig. 31.

qui servent à son éducation. Au point de vue de la *puberté*, le développement s'est accentué, quelques poils apparaissent aux joues et à l'extrémité du menton, les poils sont abondants aux aisselles. Les testicules sont du volume d'un noyau de pêche ; la verge est bien développée. Il se masturbe toujours cyniquement. Il ne parle pas et ne semble avoir fait aucun progrès (*fig.* 22).

1892. *Avril.* — Outre ce que nous avons observé, R... exécute

de temps à autre de véritables valses. Il incline la tête à droite ou à gauche et tourne avec une très grande rapidité et cela parfois deux minutes en faisant environ soixante tours par minute. Les derniers tours sont encore plus rapides, après il ne paraît pas, étourdi, s'assied ensuite la tête entre les genoux, puis recommence et cela parfois durant des heures. Sa mère explique ce tic singulier



Fig. 32.

par ce fait que plusieurs personnes venaient parfois danser chez elle et qu'il cherchait à les imiter. Il écarte souvent les jambes et arrive ainsi à faire le grand écart.

Au réfectoire, il ne se sert jamais de cuillère, ni de fourchette, lèche les assiettes, même la table, est gourmand. Le repas terminé, il débarrasse la table de la vaisselle et la porte à l'office. Au dortoir, il ferme toutes les portes, frotte son lit, le parquet et le mur, avance en tournoyant, se déshabille lorsqu'on le lui ordonne, passe sa nuit assis sur le lit en grognant. Il ne gâte jamais. Il s'habille lui-même, mais on doit le débarbouiller.

Actuellement, sous le rapport de la *puberté*, il est bien développé : un fin duvet recouvre sa lèvre supérieure, quelques poils ont poussé aux aisselles, le pénil est garni de poils noirs abondants et frisés. La région anale est normale et garnie de poils comme le périnée. La verge est assez volumineuse (longueur, 11 centimètres; circonférence, 8 centim. 5), le gland conique. Les testicules sont de la



Fig. 33.

grosseur d'un œuf de pigeon, le gauche paraît un peu plus gros que le droit. — Ros... passe aux aliénés adultes (5e division, 1re section, service de M. le Dr Charpentier), le 29 avril 1892.

Voici la description, à cette date, des *tics multiples* qu'il présente.

Ros... commence par grincer des dents, en faisant des contorsions des doigts comparables aux mouvements de l'athétose (*fig.* 23 et 24). Il remue lentement les mains demi-fermées comme pour attraper une mouche, puis met ses doigts les uns sur les

autres, de façon que l'extrémité du petit doigt et des suivants jusqu'à l'index touche l'articulation métacarpo-phalangienne des doitgs suivants. Il parvient à faire ce mouvement compliqué sans se servir de la main opposée. Il ne tarde pas alors à se pencher à terre, faisant de petits sauts et grinçant toujours des dents. Il fait vibrer ses lèvres (*fig.* 25), et produit des bruits de cornage



Fig. 34.

particuliers. Pendant un instant il se balance avec des mouvements de rotation de la tête et présente une posture que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celle observée souvent chez les ours du Jardin des Plantes.

Peu après, il se campe sur ses jambes écartées ; le torse rejeté en arrière, la tête légèrement baissée et tendue en avant, il regarde avec fixité, les yeux dans un léger strabisme convergent (*fig.* 26, 27).



Fig. 35.



Fig. 36.

Il met alors la main droite dans la poche de son pantalon, laisse flotter l'autre le long de sa cuisse gauche, détourne la tête avec une expression de dédain et de suprême indifférence. Les vibrations de ses lèvres légèrement propulsées en avant, ajoutent encore à cette expression.]

Alors il sort de sa poche un morceau de fer-blanc, se racle un



Fig. 37.

instant la main gauche avec, puis le porte à sa bouche, le mâchonne un instant et le remet dans sa poche.

Peu après, il nous tourne le dos, se porte sur le pied droit, se penche fortement en avant sur ce seul pied et fait tout à coup volte-face. Nous l'interpellons : il obéit et vient rapidement auprès de nous, en tournant deux fois sur lui-même, dans le trajet des quelques mètres qu'il est en train d'accomplir. Sur notre ordre, il s'assied, prend diverses positions (*fig.* 28, 29, 30, 31), se

lève en se contorsionnant, se couche à terre (*fig.* 32, 33, 34 35, 36), se relève, sans hésitation, presque automatiquement. Il ne répond pas aux questions que nous lui adressons, bien qu'il les comprenne toutes, comme le prouvent les mouvements que nous lui faisons faire sur simple invitation. Il se contente lorsque nous voulons exiger de lui une réponse de tirer la langue, de se dilater la



Fig. 38.

bouche avec les index en crochet, tirant sur les commissures des lèvres, mais sa physionomie reste placide, et cet acte ne semble pas guidé par une intention offensive.

Ayant voulu examiner ses yeux et entr'ouvrir ses paupières, il se met à pousser des cris brefs et plaintifs en traînant sur la voyelle finale et comparables aux mugissements ou aux bêlements des animaux : Ma-a-a-a, Be-e-e-e.

Marche. — Il s'avance le plus souvent lentement en deux temps,

poussant le pied droit à 20 centimètres environ du gauche, qu'il ramène ensuite en traînant légèrement à peu de distance du premier, mais toujours en arrière. Cette démarche est assez analogue à la marche de l'escrime. Parfois, lorsqu'on veut le faire aller vite, il porte les pieds en avant l'un de l'autre comme dans la marche ordinaire, mais toujours en traînant, alors il tourne plusieurs fois



Fig. 39.

sur lui-même pendant un court trajet. Les autres mouvements de Ros... sont bien coordonnés, il prend les objets qu'on lui indique sans hésitation et est nettement droitier.

Sensibilité à la piqûre normale sur tous les points explorés. Très pusillanime, Ros... se plaint en poussant les cris que nous avons signalés plus haut.

Réflexes. — Abolition complète du réflexe rotulien tant à droite qu'à gauche. L'introduction d'une cuillère dans l'arrière-gorge

	1887		1888		1889		1890		1891		1892	1893
		MARS	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JANVIER
Poids		$40^{k},400$	40^{k}	$39^{k},500$	$39^{k},400$	$43^{k},500$	$47^{k},400$	$49^{k},500$	50^{k}	53^{k}	54^{k}	$59^{k},500$
Taille		$1^{m},52$	$1^{m},52$	$1^{m},54$	$1^{m},55$	$1^{m},58$	$1^{m},59$	$1^{m},62$	$1^{m},64$	$1^{m},66$	$1^{m},67$	$1^{m},67$

MENSURATIONS DE LA TÊTE

	1887	1888	1889	1890	1891	1893
	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale maxima	54	54	55	55,5	56	57
1/2 circonférence bi-auriculaire	36	37	37	37,5	38	39
Distance de l'occiput à la racine du nez	36	37	37,5	38	38	40
Diamètre antéro-postérieur maximum	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	19,2
— bi-auriculaire	»	13	13	14	15	15
— bi-pariétal	15,5	15,8	15,8	16	16	16,5

semble produire une impression désagréable, mais ne provoque pas le réflexe nauséeux. — *Ouïe :* R... entend également très bien à droite et à gauche. — *Vue :* l'acuité visuelle paraît suffisante, il va quérir facilement et sans hésiter de très petits objets placés à une certaine distance de lui. Ses pupilles, peu dilatées, paraissent être plus sensibles à la lumière qu'à l'accommodation, mais réagissent sous ces deux influences. La notion des couleurs est très bornée chez lui.

Etat intellectuel en général. — Ross... n'est pas méchant, il aime à être seul, et trouve le plus grand plaisir à déchirer du papier (*fig.* 37) dont il entasse les morceaux dans ses poches et à se mordiller le dos des mains qui portent en effet une double cicatrice calleuse de 3 cent. 1/2 à 4 centimètres de long. Il obéit toujours et semble n'être jamais animé par aucune impression spontanée de plaisir ou de déplaisir. Il végète sans aucune volonté, obéissant automatiquement sans chercher à se rendre le moindre compte de la valeur de ses actes et de leurs conséquences possibles, pour lui ou ceux qui l'environnent. Très pusillanime, le moindre geste brusque l'effraie (*fig.* 38, 39), toutefois, cette frayeur, excessivement passagère, semble purement réflexe et disparaît aussitôt que l'acte qui l'a provoqué est accompli.

Réflexions. — I. Les causes prédisposantes et déterminantes de l'idiotie chez Ros..., sont nombreuses. Au point de vue de l'*hérédité*, les accidents neuro-arthritiques abondent tant dans la famille du père que dans celle de la mère. L'*alcoolisme* du père, la conception probable pendant l'ivresse, l'hydramnios, la naissance avant terme, sont plus que suffisants pour expliquer l'état psychique de notre malade. Les *accidents convulsifs* rares, survenus à deux mois et sans répétition, ne sont point suffisants pour nous faire songer à une lésion irritative du cerveau (méningite chronique ou sclérose des circonvolutions). D'autre part, l'état rudimentaire de son intelligence, les mouvements coordonnés et bizarres qu'il répète constamment, l'asymétrie crânienne, l'absence de la parole nous permettent, en le comparant à des cas semblables dont on a pu faire l'autopsie, de poser le diagnostic d'*arrêt de développement cérébral.* Cette atrophie, d'origine congénitale, doit même porter tout particulièrement sur l'hémisphère droit. N'est-il pas, en effet, remarquable de voir Ross... user tout particulièrement de ses membres droits, les seuls véritablement actifs, tandis qu'il laisse traîner le pied gauche dans sa marche ordinaire, et que la main correspondante flotte le plus souvent

inerte le long de la cuisse. Notons toutefois qu'il n'a jamais été paralysé.

II. Ros... est le prototype, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de toute une classe d'idiots, et c'est là ce qui fait l'intérêt de cette observation. La forme de la tête, les *tics coordonnés* complexes, multiples, et *reproduisant constamment la même série de mouvements*, l'absence plus ou moins complète de la parole, le manque absolu de volonté, sont les symptômes caractéristiques de ce genre d'idiots, généralement bien constitués physiquement et n'offrant pas de paralysie.

L'*origine des tics* chez Ros... est intéressante. Comme ses pareils, il est avide de mouvements et surtout de mouvements rotatoires (*gyrospasmes*). Il éprouve une véritable jouissance à tourner, jouissance comparable à celle que manifeste le nouveau-né que l'on berce. Mais ici le plaisir dû au mouvement se complique du résultat de l'imitation. Sa mère, en effet, nous a raconté que son fils est devenu un « valseur » en voyant danser des amis qui régulièrement venaient ainsi se récréer chez elle et Ros... a joint, dans ses tics, ces deux penchants si communs chez les idiots : la nécessité du mouvement et l'imitation. Une autre particularité intéressante, chez notre malade, est le manque de volonté et l'obéissance passive, automatique, qu'il met à exécuter les ordres qu'on lui donne. Ce manque de volonté peut expliquer en partie la persistance et la reproduction des mêmes tics ; aucune action volontaire d'inhibition ne peut se manifester chez lui pour mettre un terme à ces habitudes vicieuses. Ce manque de la volonté est fréquent chez les idiots, il offre une similitude avec l'état des hypnotisés, qu'il serait intéressant de comparer à nombre de nos malades, que l'on peut si facilement suggérer à l'état de veille. Nous nous réservons du reste, à propos d'autres cas de ce genre, d'étudier cette particularité et d'établir plus nettement cette comparaison.

III. La *description* et la *classification* méthodiques des tics des idiots est une tâche des plus intéressantes. Elle fera prochainement, de la part de l'un de nous, l'objet d'un travail spécial. Aussi, nous bornerons-nous ici, à propos de Ros..., à rapporter quelques exemples qui s'ajouteront à ceux que nous avons eu l'occasion de citer dans les observations consignées dans les treize volumes de nos *Comptes rendus du service des enfants de Bicêtre*.

A propos de l'*écholalie*, dont nous avons parlé ailleurs et qui est assez fréquente et peut disparaître, nous dirons que, à côté des enfants chez lesquels la répétition se produit vite, il en est d'autres chez lesquels elle ne se manifeste qu'après insistance, c'est-à-dire après que l'observateur a repété plusieurs fois le mot. Elle est simple ou composée. Dans ce dernier cas, l'enfant répète deux, trois, quatre fois le mot ou les mots qu'on a dits devant elle et cela ou de suite ou à intervalles plus ou moins éloignés (Julie Ler... [1]). Parmi les *tics de la parole*, notons celui qui consiste en une sorte d'*explosion :* les premiers mots de la phrase sont jetés comme un sorte de *hoquet*. (Telle est Mme Louise Th... : de plus il lui arrive fréquemment, lorsque le mot ne vient pas aussi vite qu'elle le voudrait de pousser une sorte d'interjection, constamment la même : « Tout en plein. »)— Un de nos malades Villacè..., surnommé *le gifleur* par ce qu'il a des impulsions à donner des gifles, fait des contorsions de la face, indice d'un effort, avant de parvenir à prononcer les premiers mots qui sortent comme une explosion. Il entrecoupe ses phrases d'inspirations profondes. — Chez d'autres enfants, les tics s'accompagnent de mots grossiers ou bien encore on observe chez eux des impulsions à proférer des injures, qu'on pourrait peut-être considérer comme une variété de la *coprolalie*. Larro... parle très souvent seul et alors profère les injures les plus grossières. — Caut... a des accès de cris avec émission de mots grossiers. — Coutan... appartient à une autre variété : ce ne sont pas des mots grossiers mais des *gestes*.

Parfois, chez le même enfant, on observe les paroles grossières et les gestes grossiers, tel est Rob. (Léon) : il court dans la classe appelant tout le monde : « putain, vache, salope, mon c... pour toi » et simultanément, il ouvre son pantalon en faisant un vilain geste et dit : « Tiens, voilà ma bête, salope ! » et si l'on n'arrivait pas à temps, il sortirait sa verge.

Signalons l'habitude de siffloter, de se ronger les ongles, de jeter les objets, de lécher les murs. Les grincements de dents, les cognements de tête [2] sont fréquents, surtout dans

[1] L'écholalie s'observe parfois chez des *délirants*. Ainsi Carti..., épileptique, pris de délire après une série de crises, répétait tout ce qu'on disait, bien qu'en temps ordinaire il ne soit pas écholalique.

[2] Nous avons vu autrefois une brebis qui avait un tic de ce genre. Elle ne se cognait pas la tête comme les moutons qui ont le tournis, mais cherchait à cogner les personnes ou les autres brebis.

l'*idiotie méningitique* et peuvent concourir, dans une certaine mesure, au diagnostic.

Sim..., idiot aveugle, a l'*habitude* de mettre ses doigts dans ses yeux, puis dans sa bouche, ou bien il passe ses mains sur sa figure, comme un chat qui se nettoie, et s'enduit le visage de sa bave, qui, mélangée avec la malpropreté de ses mains, lui donne un aspect repoussant.

Gouj... ouvre de grands yeux, frotte ses mains l'une contre l'autre, et aspire fortement en serrant les dents, ce qui produit de petits bruits stridents, etc., etc.

Comme on le voit, l'étude des tics chez les idiots est très intéressante. Il faudrait, nous le repétons, les grouper et les interpréter au point de vue clinique et chercher quelle est leur valeur diagnostique.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

AVIS. — *Nous rappelons à nos lecteurs que, dans nos* REVUES ANALYTIQUES, *nous publions le résumé de tous les travaux qui paraissent dans les journaux consacrés à l'*ALIÉNATION MENTALE *et à la* NEUROLOGIE, *en Angleterre, en Allemagne, eu Belgique, aux États-Unis, en Italie, ainsi que les mémoires originaux des Annales médico-psychologiques et des principaux journaux de médecine français.*

XIX. SUR DEUX CAS DE RUMINATION CHEZ LES ALIÉNÉS; par le Dr Andréa CRISTIANI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 1, 1892.)

Le Dr Cristiani a cherché à déterminer le mécanisme du mérycisme (rumination chez l'homme). Ses recherches expérimentales ont porté sur deux points intéressants, la détermination du chimisme stomacal et du pouvoir moteur de l'estomac par la méthode de Suvers et de Ewald. Le chimisme stomacal n'a pas présenté de modifications, mais le pouvoir moteur de l'estomac semble un peu

accru. D'un autre côté, l'auteur a pu enregistrer graphiquement les mouvements des muscles abdominaux, niés par Percy et Laurent, et que nous avions, pour notre part[1], également constatés chez les malades observés avec M. Bourneville dans son service de Bicêtre. Ce sont les mouvements des muscles abdominaux qui sont les facteurs actifs et essentiels de la rumination.

M. Cristiani entre dans quelques détails intéressants sur le mécanisme physiologique de la rumination. Nous ne pouvons les reproduire dans cette courte analyse : nous dirons seulement que le mécanisme qu'il indique ne peut s'appliquer à tous les cas; il vise simplement ceux du merycisme total ou portant sur les aliments solides, mais ne peut expliquer ceux de mérycisme partiel portant seulement sur les liquides et dont nous avons rapporté plusieurs exemples dans notre travail avec M. Bourneville.

Avec Cantarano, M. Cristiani regarde le mérycisme comme un symptôme de régression atavique; et il donne comme preuves à l'appui de cette opinion, le fait que ses malades se servaient de la langue pour prendre les aliments et présentaient dans la mastication des mouvements de latéralité de la mandibule. J. SÉGLAS.

XX. UN PHÉNOMÈNE NON DÉCRIT DANS LES HALLUCINATIONS VISUELLES; par le Dr PIERACCINI. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 2, 1892.)

C'est la disparition de l'hallucination visuelle dans la vision monoculaire, l'un ou l'autre des yeux étant fermé, avec réapparition dans la vision binoculaire, que le Dr Pieraccini a observé deux fois chez un de ses malades. L'auteur voit là un simple fait d'autosuggestion; ceux qui ont cherché à expliquer l'amblyopie hystérique par l'hypothèse de centres distincts pour la vision monoculaire et binoculaire n'eussent pas manqué d'invoquer ce nouveau fait à l'appui de leur manière de voir. J. SÉGLAS

XXI. SUR L'ACTION BACTÉRICIDE ET TOXIQUE DU SANG DES ALIÉNÉS; par le Dr G. d'ABUNDO. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 2, 1892.)

La toxicité du sang a été trouvée augmentée dans la démence paralytique progressive. — Dans la démence, la toxicité du sang fut constamment diminuée et d'une façon très marquée. Elle est assez diminuée dans la lypémanie tranquille; mais elle augmente dans les intervalles d'agitation prolongée. Dans la paranoia, elle se rapproche de celle des individus sains, sauf dans les cas d'épisodes psychoneurotiques intercurrents qui, s'ils sont de nature dépressive, déterminent une diminution de la toxicité du sang, s'ils sont de nature maniaque, provoquent au contraire une augmentation de

[1] Bourneville et Séglas. — *Du mérycisme* (*Archives de Neurologie*, 1883-1884.)

toxicité. Dans la folie pellagreuse, la toxicité fut tantôt diminuée, tantôt augmentée. Dans la manie et l'excitation maniaque, la toxicité du sang s'élève. Dans l'idiotie, à côté de cas dans lesquels elle était normale, il en fut d'autres où elle était fortement diminuée. Dans l'imbécillité et la folie morale, diminution de la toxicité. Dans les états consécutifs aux accès épileptiques, ce fut la diminution qui se montra le plus souvent. Pas de conclusions à propos de quelques faits, peu nombreux, d'hystéro-épilepsie. J. Séglas.

XXII. L'acide urique dans les formes de dépression mentale; par le Dr Marzocchi. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 2, 1892.)

Dans quelques formes de mélancolie, il y a augmentation, absolue ou relative, de l'acide urique dans le sang : il n'est pas probable que cette augmentation soit un simple effet du processus pathologique, en raison de l'influence dépressive de l'acide urique sur les fonctions psychiques. Quand même on ne voudrait pas donner à l'acide urique la valeur d'un coefficient, on peut le regarder comme une cause d'aggravation du processus morbide. J. Séglas.

XXIII. Chorée électrique ou myoclonie électroide d'origine gastrique; par le Dr R. Massalongo. (*Riforma medica*, août 1892.)

La chorée électrique de Bergeron Henock n'est qu'une variété de paramyoclonus; il serait plus juste de lui donner le nom de myoclonie électroïde. Il n'est pas rare de rencontrer dans les myoclonies des phénomènes psychiques comme dans la maladie des tics convulsifs. Les myoclonies ne sont pas toujours l'expression de troubles fonctionnels du système nerveux. Il existe une variété de myoclonie à secousses imprévues, violentes, foudroyantes, dite pour cela myoclonie électroïde, provoquée par des troubles gastriques, d'origine toxique. Le traitement de l'estomac est le vrai traitement calmant de cette variété de myoclonie; les moyens indiqués sont les amers, la strychnine, le lavage de l'estomac, le lait et les antiseptiques. — Deux observations à l'appui. J. Séglas.

XXIV. Obsession avec conscience, aberration du sens génital; par Henry Berbez. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1890.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un dégénéré héréditaire qui fut arrêté dans la rue au moment où il coupait les cheveux d'une jeune fille.

A l'âge de quinze ans il avait été vivement impressionné par la vue d'une femme dont les cheveux étaient épars sur le dos. En contemplant les cheveux de cette personne il eut conscience pour la première fois de sa vie, qu'il était en érection. Depuis cette époque, il a toujours été obsédé par la vision mentale des cheveux de

femme épars et flottants. Le contact ou la représentation mentale de ces cheveux suffit chez lui à provoquer l'organe vénérien. G. D.

XXV. De l'état sain de l'esprit ; par le Dr Bucke.

L'auteur se propose d'établir qu'il est faux d'affirmer que les sensations, les pensées et les actes de l'homme sain d'esprit sont de tout point d'accord avec la vérité des choses et que, d'autre part, les sensations, les pensées, les actes des aliénés sont en complet désaccord avec la vérité des choses.

Dans l'ensemble des impressions sensorielles, les pensées et les conditions morales des hommes sains sont très loin de s'appliquer au monde objectif actuel, c'est-à-dire que, sous quelques-uns des plus importants points de vue, non seulement elles ne représentent pas la vérité, mais que souvent elles présentent des images absolument fausses. D'autre part, quelques conditions mentales qui sont universellement considérées comme caractéristiques d'une maladie sont, en fait, un reflet beaucoup plus exact de la vérité objective que ne le sont les soi-disant conditions de l'état mental sain.

M. Bucke cite quatre points sur lesquels l'esprit sain et le fait extérieur ne concordent pas

1° L'esprit sain nous dit que nous sommes toujours en repos, tandis qu'en réalité nous sommes constamment en mouvement dans l'espace.

2° L'esprit sain renferme au nombre de ses fonctions une forte crainte instinctive de la mort, lorsqu'en fait, autant que nous pouvons en déduire, il n'y a rien dans la mort qui puisse justifier de telles craintes.

3° L'homme sain d'esprit a une plus grande affection pour ses parents immédiats que pour ceux d'autres personnes, sans que la préférence soit justifiée par une supériorité quelconque pouvant faire concorder une plus grande affection avec la vérité objective.

4° On peut déduire directement, du développement si lointain de l'esprit humain que l'intelligence saine et plus encore la nature morale saine manque et a toujours manqué de rendre justice à l'univers en général, en ce sens que le monde extérieur est beaucoup plus favorable pour nous que ce que nous croyons qu'il est, que nos haines et nos frayeurs sont toujours injusticiables et sont dans leur nature pathologique *ab initio* ; que nos facultés de confiance et d'affection sont si ridiculement au-dessous de ce que demande le monde qui nous entoure, qu'on ne peut les considérer que comme rudimentaires.

D'autre part des centaines de personnes sont considérées comme malades, dont les esprits sont plus que les nôtres et, sur certains points, en accord plus strict avec la réalité, et cependant, à cause de cela même, nous les considérons comme aliénés : par exemple,

les malades qui s'imaginent voler dans l'espace avec vitesse; ceux qui ne craignent pas la mort; ceux enfin dont la nature morale, placée dans des conditions d'excitation surnaturelle les pousse à s'imaginer qu'ils vivent dans un monde de gloire et de beauté fabuleuses dans lequel ils ont le pouvoir et l'autorité suprêmes.

Ces idées nous reportent aux discussions de Platon, dans le *Phédon;* sur la supériorité innée (à certains points de vue), de la folie sur la raison. (*American journal of insanity*, 1892.) E. Blin.

XXVI. De la folie en Amérique et des soins donnés aux aliénés; par le Dr Godding.

A propos de la récente loi de l'état de New-York, qui déclare les aliénés pupilles de l'État et les place dans les hôpitaux d'Etat, l'auteur, dans un style oratoire et pompeux, jette un regard d'ensemble sur les progrès accomplis dans ce siècle pour le traitement des aliénés, sur l'installation des asiles d'aliénés et sur les progrès thérapeutiques employés.

Constatons tout d'abord combien les directeurs se sont montrés à la hauteur de leur mandat : « Dans l'éclatante réunion de ce firmament (la liste des directeurs) comme dans les cieux qui sont au-dessus de nous, une étoile diffère d'une autre étoile, mais seulement en gloire. »

Ce n'est pas seulement en France qu'on rencontre de l'encombrement dans les asiles : il paraît qu'en Amérique la situation est encore pire. On a jusqu'à présent bâti des asiles trop monumentaux, trop luxueux et par suite trop coûteux où l'on entasse un trop grand nombre d'aliénés : il est temps, dit l'auteur, que l'on considère plutôt l'utilité des constructions que leur architecture, le confort des malade plutôt que l'orgueil des comités de construction : « Il faudrait désormais moins de cérémonies de pose de premières pierres, mais plus d'emploi courant de la brique. »

Doit-on créer des asiles spéciaux pour les cas aigus? — En éloignant les cas aigus des asiles, on rendrait ainsi presque nul le mouvement des sorties, mouvement qui donne aux malades chroniques l'espérance de sortir à leur tour et leur aide ainsi à supporter la rigueur de l'internement.

Une fois l'aliéné interné, qu'il soit aigu ou chronique, l'occupation hygiénique, lorsqu'elle est possible, lui rendra les plus grands services; mais en plus, et quelque puisse être le pronostic, on devra mettre à contribution, pour essayer de le guérir, tous les moyens thérapeutiques indiqués par les recherches scientifiques, agents chimiques, intervention chirurgicale, hypnotisme, électricité, hydrothérapie, etc. : « tenter quelque chose pour sauver un homme qui se noie vaut mieux que ne rien tenter du tout. »

En regard des chaînes, menottes, cachots, barres de fer, an-

neaux, etc., qui, il y a à peine quelques années, constituaient presque uniquement l'arsenal thérapeutique des asiles, l'auteur se plaît à constater que la clef de voûte du traitement actuel des aliénés consiste dans le maximum de soins et dans le minimum de contrainte. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

XXVII. Du rôle de l'attention dans les phénomènes hypnotiques; par le Dr Page.

Depuis des siècles ont été observés des phénomènes ayant trait à l'hypnotisme : les problèmes pleins d'obscurité soulevés par ces observations ont servi de thème à une spéculation sans limite en même temps que de nombreuses hypothèses ont été proposées pour les éclaircir; mais aucune solution exacte n'était possible tant que ces conditions mentales particulières ont été attribuées à l'œuvre de quelque influence ou force extérieure agissant sur la personne affectée.

De l'étude historique des principales théories, magnétisme terrestre, magnétisme animal, etc., il ressort que la première condition dans les effets hypnotiques doit être un état mental personnel au sujet : par suite d'un trouble profond du mécanisme mental, les sensations et les pensées sont privées de leur guide approprié, les facultés rationnelles.

Si les phénomènes de l'hypnotisme dérivent du pouvoir attentionnel séparé des facultés rationnelles, il faut étudier le caractère et le but de l'attention en rapport avec l'activité mentale ou physique.

Il existe dans toute matière vivante une force vitale individuelle qui permet à cette matière de s'adapter aux diverses conditions de son existence ; cet acte d'adaptation de la force vitale individuelle peut être appelé attention organique.

L'attention organique simple chez les êtres inférieurs devient plus complexe à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale. Là où existe un système nerveux, l'énergie qu'engendre l'attention est inhérente aux cellules et aux fibres de ce système, et comme des centres d'ordre plus élevé se développent successivement, chacun d'eux contrôlant un groupe de séries inférieures, l'attention se développe et se divise dans son application.

L'attention organique, chez l'homme, est apte à accomplir un travail compliqué, à choisir les éléments nerveux exigés pour former des combinaisons originales de notions primaires et d'exciter en eux des degrés exacts d'action moléculaire, pourvu qu'elle soit guidée et surveillée par une force influente supérieure : à l'état de veille, un acte de volition stimule l'activité fonctionnelle dans les centres moteurs et produit des mouvements prédéterminés. Mais le pouvoir de la volonté est entièrement dépendant de l'usage qu'il peut faire de l'attention et nous ne pouvons comprendre l'o-

pération que quand nous reconnaissons deux ordres de force ou deux formes d'attention : lorsque l'attention agit spontanément, sans entrave du pouvoir de la volonté ou sans être guidé par elle, on peut la qualifier d'attention organique; mais quand elle agit en obéissant à des facultés mentales supérieures, ou à une volonté intelligente on peut la regarder comme attention rationnelle.

Lorsqu'une association de mouvements musculaires a été une fois définitivement établie d'une façon satisfaisante, la réexcitation des séries des centres nerveux qui y concourent devient aisée et la répétition ou l'habitude réduit ces actions au degré de simples mouvements pour l'exécution desquels l'attention organique a la plus ample capacité, ne demandant que la plus légère impulsion de l'attention rationnelle. Un plus grand degré de précision est le résultat de l'exécution antérieure et correcte des mouvements qui sont exécutés par la capacité automatique de l'attention organique aussi dans l'état mental normal de l'homme, beaucoup de mouvements peuvent-ils être obtenus, et d'une façon plus exacte, en se confiant pleinement à la force de l'attention organique. Dans le somnambulisme, l'attention rationnelle faisant complètement défaut, l'attention organique peut par conséquent accomplir son œuvre la plus parfaite.

Cette classification d'attention organique et rationnelle est pratiquement reconnue par la division de l'appareil nerveux en système volontaire et involontaire.

Tandis que l'attention rationnelle ne peut exercer aucun pouvoir direct sur les fonctions vitales, elle peut cependant utiliser l'attention organique et, par un effort persistant, réussir à impressionner les opérations physiologiques. En vertu de cette capacité, nous pouvons mouler, pour ainsi dire, la base physique de notre vie mentale supérieure et donner une signification au terme éducation. Lorsque le type physique de l'idée est une fois ébauché, il devient une partie de l'appareil mental, et quoi que ce soit que l'esprit se soit assimilé, l'action de l'attention organique peut le raviver pourvu qu'une impulsion exacte lui soit donnée. Dans l'état hypnotique dans lequel l'attention rationnelle est mécaniquement frappée d'incapacité, l'homme devient alors un automate intelligent, l'attention organique devenant doublement sensible à certaines classes de suggestion.

L'utilité de l'emploi de l'hypnotisme comme agent thérapeutique devient évidente, si cette théorie est exacte, et l'on comprend ainsi comment des conditions morbides physiques peuvent être rectifiées. pour le présent tout au moins, par l'obéissance inconsciente de l'attention organique. (*American journal of insanity*, 1890-1891.) E. Blin.

XXVIII. L'ÉQUATION PERSONNELLE (CALCUL DU TEMPS DES PROCESSUS PSYCHIQUES) CHEZ LES PERSONNES HYPNOTISÉES; par W. BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Recherches de F. Henika et B. Worotynski, sur : 1° le temps de la réaction acoustique simple ; — 2° le temps qu'il faut pour reconnaître une impression auditive (temps d'aperception ; — 3° le temps d'élection (on dit au sujet en expérience : vous ferez tel mouvement quand vous reconnaîtrez l'impression auditive); — 4° le temps d'association des conceptions représentatives (mots) ; — 5° le temps de numération des nombres simples. 1200 déterminations au chronoscope de Hipp, dont 130 exécutées par Bechterew lui-même, sur trois femmes en état de suggestion hypnotique ambulatoire (deux grandes hystériques, une petite hystérique). — *Conclusions*.

1° Les malades en question à l'état de veille, se sentant en bonne santé, présentaient pour le temps de réaction simple, pour le temps d'aperception et le temps d'élection des valeurs moyennes différant peu de celles de l'homme sain pour les mêmes opérations de l'intellignce. Mais les valeurs moyennes caractérisant le temps de la numération des nombres simples et le temps d'association étaient supérieures aux mêmes valeurs caractéristiques des mêmes opérations intellectuelles chez les individus sains. — 2° Dans l'état hypnotique il faut, par rapport à l'état de veille, un temps plus grand pour la réaction simple, le temps d'aperception, le temps d'élection. Pendant l'hypnose, le temps de la numération des nombres simples et celui de l'association des conceptions est moindre que dans l'état de veille chez les mêmes individus. — 3° Chez ces trois sujets, les opérations intellectuelles sus-désignées se font plus vite dans l'état hypnotique quand on leur suggère de se presser que lorsqu'on n'exerce pas de suggestion. — 4° La suggestion hypnotique de se presser abrège le temps de la numération simple et de l'association conceptuelle, elle le rend plus court que dans l'état de veille. Elle abrège le temps de la réaction simple, le temps d'aperception, le temps d'élection mais ne le rend pas toujours plus court que dans l'état de veille, avant l'hypnotisme. — 5° Invariablement, quand l'état nerveux des sujets s'aggrave (accès d'hystérie antérieurs ou prodromes d'un nouvel accès), les opérations intellectuelles en question deviennent franchement plus lentes. P. KERAVAL.

XXIX. COMMUNICATION D'UN CAS DE POLYURIE CHEZ UNE CÉRÉBRALE; par WIEDEMEISTER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Il s'agit d'une idiote urinant 6,000 centimètres cubes d'une urine ayant pour densité 1002 à 1004; cent deux à cent vingt mictions qui l'empêchent de dormir. L'urine est ammoniacale et précipite une abondance de phosphates triples. Traitement par la phénacétine, l'antipyrine, l'antifébrine, le salicylate de soude, la pipéracine; en outre, trois fois par semaine bains faradiques de trois minutes. Sous l'influence de ce traitement, la malade n'urine plus que 580 centimètres cubes d'une urine acide pesant 1028 (sels acides (urates) avec oxalate de chaux). P. K.

XXX. Développements a l'appui de tableaux statistiques empruntés a l'asile d'aliénés de Tokio (Japon). *Tokio Fou Sougamo Hospital;* par Hasimé Sakaki. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 1, 2.)

Statistique de l'établissement en question pour 1888 et 1889, comprenant : mouvement général de la population — particularités sur les malades admis (profession, âge, hérédité, causes, etc.) — sorties — complications et maladies consécutives. Il est encore pas mal de régions au Japon où l'aliénation mentale est considérée comme, soit le châtiment d'une haute divinité, soit la possession de l'homme par plusieurs animaux (renard, chien, etc.); on envoie les malades dans un temple bouddhiste, où la lecture des saints écrits doit les guérir; et cela, même à Tokio dont les habitants sont cependant plus éclairés.

Sur 723 malades { 462 hommes.
261 femmes.

On constate l'hérédité chez.	285
L'absence d'hérédité chez.	263
L'hérédité douteuse ou inconnue, chez	175
	723

Formes morbides,	mélancolie . .	161	
—	manie	347	
—	folie systémat.	40	
—	folie épileptiq.	13	
—	folie hystériq.	33	
—	paral. génér.	11	
—	démence sénile	12	
—	dém. termin.	42	
—	folie toxique .	47	Morphine 1. Atropine 1. Plomb 1. Alcool 38 dont 2 délirium tremens, quoique le sake ne contienne que 10 à 15 0/0 d'alcool.
—	idiot. et imb.	14	
—	aff. cérébrales.	3	
		723	

Complications et maladies accidentelles ou consécutives.
Syphilis 37
Kakke 32
69

Le Kakke provoque 16,4 p. 100 des causes de mort; il prédomine au printemps, à l'été, à l'automne et disparaît en hiver.

Mouvement des admissions.

Années	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	Total.
Hommes	56	104	137	112	145	166	180	204	208	254	1.566
Femmes	34	51	77	86	86	104	94	111	132	129	904
	90	155	214	198	231	270	274	315	340	383	2.470

On a *par habitants* reçus à l'asile :

Pour le district de Tokio.	0,03698	p. 100.
— les provinces environnantes.	0,00213	—
— — du Nord . . .	0,00056	—
— — du Sud-Ouest.	0,00021	—

Il est intéressant de rapprocher ces indications de celles que nous avons consignées dans les *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 269, 1886. P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. DE CE QU'ON APPELLE, D'APRÈS HUGHLINGS JACKSON, LA RÉÉVOLUTION CONSÉCUTIVE AUX ACCÈS D'ÉPILEPSIE AVEC REMARQUES SUR LA SURDITÉ VERBALE TRANSITOIRE ; par A. PICK. (*Archiv. f. Psychiat.*, t. XXII, 3.)

Il s'agit d'un malade affecté d'épilepsie procursive et rotatoire et de folie postépileptique à la suite d'état de mal. Etude approfondie des états d'inconscience et de l'involution (rétrogradation, réévolution) des processus psychiques, consécutive aux accès. Ce malade aurait présenté trois espèces d'aphasie sensorielle : 1° il ne comprenait plus la parole ; 2° il percevait sans impression consciente ce qu'il entendait (réponses automatiques) ; 3° sans comprendre ce qu'on lui disait, il en avait la perception exacte et pouvait répéter ce qu'il entendait en donnant à cette répétition la forme spontanée, par exemple, de questionnaire. L'examen du périmètre montre, en outre, une réévolution du lobe occipital. P. K.

II. EPILEPSIE PROCURSIVE ET VALEUR DU MOUVEMENT DE COURSE ; par O. BUTTNER. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XLVII, 5.)

Etude du mouvement en avant automatique se rattachant à l'accès d'épilepsie ou survenant en dehors de lui chez des épileptiques. Or, l'amnésie la différencie des mouvements impulsifs irrésistibles. La course automatique n'est donc pas une convulsion épileptique coordonnée ; c'est un équivalent psycho-épileptique qui provient du désordre dans les idées des épileptiques. L'épilepsie procursive n'est, ni au point de vue anatomique, ni en ce qui concerne le pronostic une forme spéciale de l'épilepsie ; c'est simplement un aspect distinct des accès ordinaires, c'est de l'automatisme tel qu'on l'observe d'ailleurs dans l'épilepsie légère. P. K.

III. Du rapport du poids du corps avec un certain nombre de psychoses; par L. Stern. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 5.)

L'étude de toutes les maladies cérébrales envisagées à ce point de vue, montre, d'après les auteurs, que, lorsqu'elles durent depuis longtemps, il y a au moins une série constante de poids normaux et très souvent une augmentation de poids. Quand la manie ou la mélancolie durent depuis longtemps, fréquemment le malade pèse davantage; on regarde ce fait comme étant d'un pronostic défavorable. Il est vrai que les affections chroniques s'accompagnent aussi de cette constante, sinon d'une augmentation de poids, il est également vrai que, plus une maladie est ancienne, plus rare en est la guérison. Mais, considérée en soi, l'augmentation du poids dans les maladies de longue durée n'a rien à faire avec un pronostic fâcheux; elle prouve, non que la maladie est incurable, mais qu'elle est ancienne. Autrement dit, il semble que l'organisme, pour faire les frais de conditions nocives, suractive sa nutrition, et que, par compensation, il exagère son assimilation. Donc, comme dans les psychoses aiguës qui guérissent, il y a également une augmentation de poids, on peut prétendre que, s'il ne survient dans l'économie aucune perturbation importante, si le malade ne devient pas sitiophobe, tous les aliénés (paralysie générale exceptée) augmentent de poids, les uns de bonne heure, les autres tard, quand la qualité et la quantité de la nutrition demeurent bonnes. L'augmentation précoce du poids va avec une amélioration graduelle; l'augmentation tardive ne cadre pas toujours avec une amélioration, mais elle ne l'exclut pas.

Dans les psychoses *subaiguës* (durant au moins depuis un an) qui finalement guérissent, l'amélioration, souvent très faible, s'annonce par une augmentation de poids, souvent si énorme, que l'amélioration n'a aucun rapport avec elle. Dans les psychoses *persistantes*, mais qui vont en s'atténuant peu à peu, le poids de l'individu augmente toujours, puis reste stationnaire, puis diminue un peu, cela souvent quand survient la guérison (Obs. I à XIII). Dans la *paralysie générale*, bien que la nutrition soit vicieuse, on constate parfois un poids très élevé. Dans l'*épilepsie*, l'agitation détermine une diminution de poids (Obs. XIV à XVII). Dans la *manie périodique*, les pesées manifestent des oscillations considérables dues à des modifications de la pression cérébrale, mais la déchéance pondérable, rapide, se relève très promptement et très haut quand le trouble mental dure depuis longtemps. Dans la *mélancolie*, le poids diminue, puis, quand elle dure depuis longtemps, il augmente. La *folie circulaire* décèle des augmentations ou des diminutions de poids en rapport avec la trophonévrose, en faisant naturellement la part des complications, de la sitiophobie, de l'état de la digestion, de la constitution, de l'âge, des périodes d'agitation (Obs. XXVIII).

Conclusion. — Le poids du corps n'a aucune valeur pronostique. P. K.

IV. D'une forme grave spéciale d'épiphénomènes consécutifs a la commotion cérébrale, et du complexus vasomoteur qui généralement les accompagne; par Friedmann. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Il y a trois grands groupes d'accidents consécutifs au traumatisme cérébral, qui ne sont pas invariablement les mêmes : 1° Un complexus symptomatique vasomoteur caractérisé par : céphalalgie, vertiges, intolérance de l'encéphale : les anomalies psychiques sont secondaires (trois observations à l'appui); — 2° Un complexus symptomatique hystériforme : névrose locale traumatique de Charcot et Struempell (deux observations); — 3° Troubles psychiques consécutifs aux lésions céphaliques, qui n'ont rien de rare. Jamais le n° 1 ne manque quand on constate le n° 2; il est la conséquence d'altérations du système vasculaire. L'ensemble des phénomènes sensitivo-moteurs émane de l'hystérie et d'un substratum organique qui produisent une diminution de l'activité fonctionnelle de l'organe central (exemple : maladresse tardive et toute particulière de la marche). En somme la névrose traumatique n'est pas une entité; qu'est-ce qu'un choc psychique, sinon la commotion mécanique elle-même. P. K.

V. De la paralysie chronique progressive des muscles des yeux, travail posthume de C. Westphal, mis en ordre et publié par E. Siemerling. (*Archiv f. Psychiat.*, XXII. *Cahier supplémentaire.*)

C'est un véritable livre. A la suite d'une riche bibliographie, huit observations, avec autopsies, montrent des lésions nucléaires ou l'interruption de la conductibilité des racines intra-médullaires. Dans l'analyse minutieuse des altérations des noyaux des nerfs moteurs de l'œil, nous relevons ce qui suit. La racine dite accessoire du nerf pathétique n'appartient pas à ce dernier. Il n'est pas encore possible dans la colonne des cellules du noyau de l'oculomoteur commun d'attribuer à tel ou tel groupe la fonction de chacun des muscles, mais il est très probable, que, chez l'homme, le centre de l'accommodation et des mouvements de l'iris réside dans le segment antérieur de ce noyau, tandis que son segment latéral préside à la fonction des muscles élévateurs du globe oculaire. L'exposé de Perlia est parfait : il y a lieu de distinguer en effet un noyau ventral postérieur (inféro-postérieur), — un noyau ventral antérieur (inféro-antérieur), — un noyau dorsal (supérieur), — des groupes de cellules médianes et latérales (le premier de ces groupes continue jusque dans le 3e ventricule, sous le nom de noyau médian antérieur, — enfin un noyau impair sagittal ou central avec ses

groupes acolytes pairs. Il n'y a pas du reste de symptôme pathognomonique de la paralysie nucléaire; le diagnostic repose sur l'examen de l'espèce, de l'étendue, de la marche de la paralysie des muscles des yeux et la simultanéité des signes spinaux et cérébraux. Il y a cependant des cas de paralysie chronique des muscles des yeux indemnes cliniquement de toute complication du côté du reste du système nerveux, mais l'autopsie démontre, dans l'immense majorité des cas, la complication d'une affection nerveuse et les troubles intellectuels n'y sont point rares. P. KERAVAL.

VI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL; par R. SCHULZ. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

Observation. Paralysie croisée comprenant : à droite, tout le facial; à gauche, les extrémités; anesthésie gauche complète, atteinte des deux oculomoteurs externes. *Autopsie.* Sténose falciforme de la sylvienne droite; plusieurs petits foyers de ramollissement dans la couche optique droite, le noyau lenticulaire du même côté, la moitié droite et postérieure de la protubérance; méningite spinale postérieure; faible dégénérescence des faisceaux de Goll avec dégénérescence marginale, dégénérescence très marquée des racines postérieures, dégénérescence faible des racines antérieures; dégénérescence hyaline de la paroi des petits vaisseaux, récentes hémorrhagies punctiformes dans la substance grise; hypertrophie du lobe moyen de la prostate; hydronéphrose bilatérale très prononcée. L'auteur base le diagnostic de syphilis sur l'évolution et les accidents cliniques, l'apparition du premier ictus à l'âge de trente ans, l'intégrité du cœur, la paralysie de plusieurs nerfs craniens, la fugacité des accidents paralytiques. P. K.

VII. UNE OBSERVATION DE SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL REVÊTANT L'ASPECT D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE TABÉTIQUE; par M. BRASCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Etude clinique, anatomo-pathologique et microscopique très complète. Lésions disséminées occupant tous les systèmes et tous les éléments du système nerveux central; de là la multiplicité des symptômes. P. K.

VIII. LE VERTIGE PARALYSANT DE 1888 A 1891; par le Dr GERLIER (de Fernay). — *Quelques mots sur l'étiologie du vertige paralysant,* par le Dr LADAME.

Sous ce nom, le Dr Gerlier a décrit une nouvelle maladie qui serait caractérisée par trois ordres de signes : 1° des troubles de la vision; 2° des parésies momentanées; 3° des douleurs spinales avec irradiation.

Ces accidents ne s'observent que d'une façon intermittente ; ils reviennent par crises plus ou moins complètes. On ne les a observés jusqu'ici que sur des personnes fréquentant les étables, occupées à soigner les bestiaux. Depuis 1887, époque où il a constaté pour la première fois l'existence de cette maladie, le Dr Gerlier en a observé une dizaine de cas nouveaux. Il s'agirait là, d'après lui, d'une névrose particulière, d'origine infectieuse, qui serait due à un microbe spécial ayant les étables pour habitat.

Cette hypothèse a été combattue par M. Ladame qui tend plutôt à croire qu'il s'agit là d'une psycho-névrose développée sous l'influence de la peur et de la superstition. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891.) G. Deny.

IX. Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens ; par le Dr Krafft.

Histoire d'une jeune fille de treize ans, qui a des nerveux dans sa famille, qui est timide et craintive, et qui par crainte de ses examens a eu, en cinq accès, quatre crises de paralysie hystérique de l'un ou de l'autre bras, directement avant ses examens, et plusieurs autres crises dans le courant de l'année, survenues pour la plupart en classe pendant les leçons. Guérison par suggestion aidée de l'électricité. (*Rev. méd. Suisse Romande*, 1891.) G. D.

X. Paralysie hystérique chez un garçon de treize ans. Suggestion. Guérison; par le Dr Eugène Revilliod. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891.)

XI. Hémiatrophie faciale expérimentale; par le Dr Girard.

D'un certain nombre d'expériences, dont la priorité appartient à Schiff, il résulte que la destruction de la grosse racine du trijumeau détermine chez le chien une atrophie des muscles correspondants de la face, notamment des muscles masticateurs. L'auteur en conclut que les fibres trophiques du trijumeau ne sont pas situées dans la petite racine motrice de ce nerf, mais dans sa grosse racine sensitive et que le nerf de la septième paire ne joue aucun rôle dans l'évolution de l'hémiatrophie faciale typique. (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1891.) G. D.

XII. Deux observations cliniques relatives a l'aphasie; par le Dr L. de Rode. (*Bull. de la Soc. dc Med. ment. de Belgique*, 1891.)

XIII. D'une forme rare de neurasthénie sexuelle avec obsessions; par de Krafft-Ebing. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

Quatre observations. Tares héréditaires. Neurasthénie généralisée. Faiblesse irritable, surtout des organes sexuels. Obsessions

érotiques ou obscènes relatives à des personnes et à des objets d'un usage quotidien. Pas de sensations de plaisir, au contraire, éréthisme pénible. Idées de suicide. Traitement. Continence, hydrothérapie, préparations bromurées; traitement moral. Morphine, dans les cas graves, quand même on devrait produire du morphinisme.

P. K.

XIV. Trois cent cinquante séances de suspension chez un ataxique; par le Dr Ducamp. (*Montp. méd.*, 1891, t. II.)

L'ataxique qui fait le sujet de cette observation était malade depuis dix ans. Son affection se traduisait surtout par d'atroces et continuelles douleurs fulgurantes et par une incoordination motrice ne permettant la marche qu'à condition d'être aidé.

La suspension amena dès les premières séances la disparition complète des douleurs fulgurantes, disparition qui persiste depuis vingt mois. Le traitement fut continué, bien qu'il semblât ne devoir donner aucun autre résultat, quand vers la cinquantième séance, une amélioration légère se produisit dans la marche; cette amélioration s'accentua progressivement jusqu'à la deux cent quatre-vingtième séance et put alors être considérée comme définitive, car la continuation du traitement jusqu'à trois cent cinquante séances ne donna aucun résultat nouveau.

La suspension a été faite au moyen de l'appareil de Sayre, d'abord tous les deux jours, ensuite tous les jours. La durée minimum des séances a été de quinze secondes; leur durée maximum de cinq minutes, mais cette durée n'a pu être supportée qu'une seule fois. La disparition des douleurs s'est produite avant que la durée de la suspension ait dépassé une minute et quinze secondes; la diminution des troubles moteurs a été obtenue avec des séances n'excédant pas trois minutes.

G. D.

XV. Dermographie chez un hystérique; par le Dr Ducamp. (*Montpellier méd.*, 1891, t. II.)

La dermographie présentait chez le sujet de cette observation les caractères suivants :

Immédiatement après le passage du stylet sur un point quelconque du corps, apparition d'une raie blanche fugace, en rapport avec la pression plus ou moins énergique du stylet;

Cinq secondes après et parfois moins, teinte rosée suivant le trajet du stylet;

Trente-cinq secondes après le début de l'expérience la teinte rosée devient d'un rouge foncé;

Une minute et parfois deux minutes après le début, on constate un bourrelet blanc rosé faisant une saillie de 2 millimètres et entourée d'une bordure rouge érythémateuse;

A la sixième ou à la septième minute, le bourrelet commence à s'atténuer ; à la vingtième minute environ, le bourrelet a complètement disparu. A partir de ce moment, le tracé est seulement constitué par une ligne très rouge, il persiste généralement ainsi pendant cinq ou six heures, d'autres fois pendant huit et même quatorze heures. G. D.

XVI. Le syndrome de Friedreich et de Morvan, myoclonie; par le Dr Farge (d'Angers). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.)

D'un fait de myoclonie qu'il a observé et de divers autres rapportés par les auteurs, M. le Dr Farge tire les conclusions suivantes : 1° la paromyoclonie de Friedreich n'est point une maladie essentielle ni une véritable entité clinique; 2° c'est un syndrome commun à plusieurs classes de maladies ; 3° les cas les plus nombreux pourront être rangés dans les manifestations variées de l'hystérie ou de la neurasthénie; 4° des formes plus rebelles et d'une localisation spéciale se rapprochent de la maladie des tics de Marie ou de la chorée électrique qui tend elle-même à s'absorber dans la première; 5° enfin le paramyoclonus peut s'associer, en ajoutant un syndrome de plus aux myélites chroniques graves, comme la myélite diffuse, l'atrophie musculaire progressive et la sclérose en plaques disséminées. Dans ces derniers cas, il dénote l'altération des cornes grises antérieures de la moelle. L'ordre de son apparition et de son évolution presque toujours ascendante peut servir à déterminer le point de départ de la lésion anatomique, et son extension de dedans en dehors ou de dehors en dedans aux cordons blancs de la moelle. G. D.

XVII. Syndrome de Friedreich et de Morvan devant la chorée; par le Dr Colleville (de Reims). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.)

L'auteur relate un cas de myoclonie qui s'est transformé au bout de peu de temps en chorée ordinaire et conclut en disant « qu'on ne peut alléger le cadre des affections nerveuses du syndrome de Friedreich et de Morvan qui n'est pour lui qu'une manifestation clinique particulière d'une perturbation dynamique ou d'une altération dans le fonctionnement des cellules des cornes antérieures et plus généralement des cellules motrices dans tout l'appareil cérébro-spinal ». G. D.

XVIII. Vaste épanchement sanguin intra-cranien, consécutif a une rupture de l'artère méningée moyenne. Hémiplégie complète du côté opposé. Trépanation hative. Guérison complète ; par le Dr Rochet (de Lyon). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.)

XIX. Quelques cas de tremblement chez les vieillards; par J. Sacaze. (*Montpellier méd.*, 1890.)

De l'ensemble des faits consignés dans ce travail, l'auteur a cru pouvoir dégager les conclusions suivantes : 1° Le tremblement chez le vieillard est la conséquence de plusieurs causes différentes, telles que l'hérédité, l'hystérie, les excès de tabac, etc.; 2° par contre, le tremblement dit *sénile,* ne paraît pas exister; 3° le rôle de l'artério-sclérose dans l'étiologie de ce trouble est loin d'être encore bien défini ; 4° il n'est guère possible, au point de vue du diagnostic, de trop insister soit sur l'allure des tracés, soit sur les nombres d'oscillations par seconde ; 5° l'apparition de tous ces tremblements semble exiger, entre autres conditions indispensables, une certaine contraction musculaire plus marquée que l'état de tonicité ordinaire. G. D.

XX. Pathogénie de la pachyméningite interne hémorrhagique ; par le Dr Wiglesworth.

Dans toutes les hémorrhagies du système nerveux, se pose la question des rapports de l'hémorrhagie avec l'inflammation.

Pour les hémorrhagies méningées, en particulier pour l'hémorrhagie sus-arachnoïdienne, il s'agit de savoir si les néo-membranes qui entourent le foyer sanguin le précèdent ou le suivent. On sait que pour Virchow il n'y a que rarement des hémorrhagies primitives ; le premier phénomène est une inflammation chronique de la dure-mère, une pachyméningite, d'où formation de néo-membranes vasculaires, rupture consécutive de ces nouveaux vaisseaux et hémorrhagie.

L'auteur pense au contraire que les apparences morbides décrites sous le terme de pachyméningite ne sont pas le résultat d'une inflammation mais sont uniquement dues à une effusion de sang sous la dure-mère. Ce n'est que postérieurement que des adhérences vasculaires s'établissent entre la nouvelle membrane organisée et la dure-mère et que cette dernière s'épaissit. Dans plusieurs autopsies faites peu de temps après l'apparition de l'hémorrhagie, M. Wiglesworth a pu constater que la face interne de la dure-mère avait conservé son aspect uni, brillant; il n'existait ni injection, ni épaississement, ni ramollissement de la dure-mère.

D'où provient alors l'hémorrhagie? Elle peut provenir des grosses veines qui s'ouvrent dans le sinus longitudinal, mais il est plus probable que, dans la majorité des cas, elle provient des petits vaisseaux de la pie-mère qui occupent les sommets des circonvolutions. Ces vaisseaux ainsi situés pourront se rompre directement et à travers l'arachnoïde s'épancher dans l'espace sous-jacent à la dure-mère

sans répandre leur contenu dans l'espace sous-arachnoïdien : en effet, dans quelques cas d'aliénation mentale, comme la paralysie générale, cas dans lesquels se rencontrent le plus fréquemment les hémorrhagies méningées, il existe, au sommet des circonvolutions, une union si intime entre la pie-mère et l'arachnoïde que les deux constituent en réalité une seule et même membrane et que, en s'épanchant à travers elle dans la cavité arachnoïdienne, le sang ne fait que suivre la voie où la résistance est moindre. Dans ces conditions, si l'épanchement de sang sous-arachnoïdien arrive seul sans pénétrer dans la cavité sous-arachnoïdienne, cet épanchement sera peu marqué et ses traces pourront disparaître rapidement. (*American journal of insanity*, 1891.) E. B.

XXI. Deux cas de lésion traumatique du cerveau; par le Dr Dewey.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de vingt ans admis à l'asile de Kankakee le 11 décembre 1889. Cet homme, fermier, vivant seul, ne présentait pas d'antécédents héréditaires, pas d'alcoolisme. Quatre semaines avant son admission, il s'était heurté violemment la tête contre le linteau d'une porte. Quelques jours après, il tombait dans un état mélancolique avec périodes d'excitation par intervalles, état qui nécessita son placement dans un asile d'aliénés. A l'asile, alternatives de dépression et d'excitation. Quelques jours après l'entrée, le médecin, au cours d'un examen, remarque fortuitement un point douloureux au niveau du vertex, il examine de plus près et constate, à un millimètre et demi de la ligne médiane, à 31 millimètres en avant de la suture lambdoïde et 75 millimètres en arrière de la suture coronale, la tête d'un clou galvanisé fortement implanté dans la paroi osseuse. Le clou, retiré à l'aide d'un davier, mesure 75 millimètres de longueur, 3 millimètres de diamètre, la tête présente un diamètre de 6 millimètres. Le trajet du clou était oblique en bas et en avant sous un angle de 40 degrés. Immédiatement après l'extraction du clou, embarras dans les mouvements du bras droit et quelques symptômes d'aphasie. Ces phénomènes de paralysie s'accentuent et le lendemain le malade présente une paralysie complète du côté droit.

Deux jours après l'extraction du clou, apparition de phénomènes d'inflammation méningée : trépanation au niveau de la perforation. — Mort au bout de quatre jours. A l'autopsie, on constata que le clou avait pénétré dans la circonvolution pariétale ascendante, suivant une direction oblique en bas, en avant et un peu en dehors, presque parallèle à la scissure de Rolando.

Sa présence avait détruit la substance cérébrale formant une cavité irrégulière de 55 millimètres de long sur 15 millimètres de large.

En somme, le clou entré au niveau du centre moteur de la jambe, avait probablement lésé sur un point sous-jacent le centre moteur du bras et et de l'épaule.

Une question se posait : Quand et comment le clou a-t-il été enfoncé ? Il est probable que c'est le malade qui l'a enfoncé lui-même sous l'influence de ses idées mélancoliques.

Un autre point intéressant de l'observation, ce sont les troubles moteurs ne se déclarant qu'au moment de l'extraction du corps étranger, lequel avait été toléré jusque-là.

La seconde observation a trait au boucher de l'asile de Kankakee, qui reçut d'un malade un coup de couperet de boucher. Le couperet frappa à quelques millimètres au-dessus de la protubérance occipitale, tranchant sur la partie postérieure du crâne une portion d'os de 75 millimètres de large et de 55 millimètres de hauteur. Heureusement, la dure-mère resta intacte, complètement mise à nu. L'os et le cuir chevelu furent remis en place et la plaie guérit très vite sans que le malade ait jamais présenté aucun trouble moteur ou sensoriel. (*American journal of insanity*, 1890.)

E. B.

XXII. ESSAI D'UNE THÉORIE DE LA TÉTANIE; par H. SCHLESINGER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Revue critique.

Conclusion. — La tétanie est une affection de tout le système nerveux dont quelques symptômes peuvent être expliqués par une atteinte des nerfs périphériques, tandis que les phénomènes convulsifs et le phénomène de Trousseau se rattachent à l'hyperexcitabilité du système nerveux central (cerveau — bulbe — moelle). Les troubles vaso-moteurs sont peut-être le rouage intermédiaire.

P. K.

XXIII. DE LA PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE; par W. ERB. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

L'auteur tendrait à admettre comme type l'existence d'une sclérose latérale (paralysie spinale spasmodique), presque toujours liée à de légers troubles de la sensibilité et de la vessie (J. Ross — Seeligmuller — Rumpf). Mais il fait les réserves suivantes :

1° Le nombre des myélites dorsales se rattachant à la syphilis est-il assez grand pour pouvoir être séparé des autres cas en tant que forme séparée. Ses observations personnelles durant ces dix dernières années (myélite chronique ou dorsale) montrent que 35 à 40 p. 100 de ces malades avaient eu la syphilis. — 2° Cette forme syphilitique de la myélite dorsale a-t-elle des caractères différentiels qui la distinguent? Il faudra l'observer. — 3° Parmi les formes nombreuses des affections spinales syphilitiques, cette

paralysie spasmodique peut-elle être considérée comme un type symptomatique concret. C'est à voir. D'après l'auteur, c'est probable. — 4° Ce complexus symptomatique a-t-il comme substratum une altération à localisation invariable, en rapport avec des territoires vasculaires précis? C'est une question d'autopsies.

P. K.

XXIV. Un cas de paralysie bulbaire sans lésions anatomiques; par H. Sénator. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

L'auteur croit qu'il faut rattacher ces accidents à une affection du cerveau; mais le cerveau ne présentait pas de lésions macroscopiques, et il n'a pas été soumis à l'examen microscopique. P. K.

XXV. Un cas de convulsions cloniques du bras a la suite de traumatisme, constituant en même temps la réponse a la question : la narcose chloroformique peut-elle être employée a démasquer la simulation de la névrose traumatique; par M. Friedmann. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

De cette observation se dégagent : 1° l'occurrence de convulsions cloniques affectant la forme de névrose généralisée consécutive au traumatisme et associée à la parésie ; — 2° la proche parenté des convulsions cloniques et toniques; — 3° la localisation centrale des premières; — 4° la disparition de ces convulsions, dès la phase d'excitation de la narcose chloroformique. P. K.

XXVI. Deux cas de myoclonus multiple (paramyoclonus multiple de Friedreich; par S. Goldflam. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Diagnostic par exclusion. P. K.

XXVII. Un cas de paralysie traumatique bilatérale dans le domaine du plexus brachial; par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Type — Erb. La bilatéralité en constitue la nouveauté. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle on pratiquait une oophorectomie pour une salpingite double. Pendant plus d'une heure, elle resta sur la chaise de Veit le bassin élevé, tandis qu'un assistant lui tenait fortement les deux bras en haut et en arrière. Quand elle se réveilla du sommeil chloroformique, elle avait les deux bras paralysés. Par cette traction en haut et en arrière des bras, les deux clavicules sont venues heurter les plexus brachiaux comprimés contre les apophyses transverses des vertèbres cervicales. P. K.

XXVIII. Un cas de paralysie isolée du nerf musculo-cutané avec remarques sur la réaction traumatique des muscles de Rumpf; par Windscheid. Complément a cette communication; par Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Paralysie isolée du biceps droit par compression du nerf musculo-cutané sur l'angle d'une plaque de marbre. Ce qui est anormal, c'est que le plexus brachial soit resté indemne. Il se peut qu'il y ait une anomalie, ou que la plaque de marbre ait, dans l'aisselle, atteint isolément les fibres du musculo-cutané dans le plexus avant dissociation.

La réaction traumatique de Rumpf, c'est l'onde contractile consécutive à la cessation de l'excitation indirecte. Elle ressemble au tétanos de Ritter (au moment de l'ouverture du courant) qui survient quand, après avoir longtemps fait passer un courant galvanique à travers un nerf, on ouvre le courant, et qu'on explique par ce fait que l'ouverture d'un courant dans le même sens, provoque de l'hyperirritabilité. Mais cela n'explique rien. Le traumatisme a augmenté l'excitabilité du nerf, d'où la réaction anormale du muscle.

M. Bernhardt rappelle qu'il a publié deux observations semblables, en 1877 et 1884. Il les reproduit en abrégé. P. K.

XXIX. Contribution a l'étude du tétanos céphalique; par P. Nerlich. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

F. de quarante-six ans, accident traumatique du dos du nez, perte de connaissance, épistaxis. Huit jours plus tard, déviation de la bouche à droite. Deux jours après, trismus, convulsions cloniques du masséter gauche, paralysie du facial gauche entier, contracture du masséter gauche, hyperexcitabilité faradique des muscles animés par le facial gauche, hypéresthésie de la moitié gauche de la face, pas de fièvre, mais pouls fréquent. Puis, convulsions de la branche buccale du facial à gauche, hyperexcitabilité faradique des muscles de la moitié droite de la face, de la nuque, du cou. Les courants faradiques faibles déterminent des deux côtés des convulsions. Hyperexcitabilité mécanique à gauche, exagération des réflexes. Convulsions pharyngées, dysphagie, dyspnée, phénomènes intensifs à l'occasion de toute excitation optique ou auditive. Convulsions toniques à droite, du masséter, du peaucier, du sterno-cléido-mastoïdien. Pupilles étroites ne réagissant plus. Violents accès d'étouffement. Mort quinze jours après le début de l'affection. — *Autopsie*. Léger œdème de la pie-mère. Anémie cérébrale. Vacuolisation des cellules nerveuses du noyau du facial et des deux trijumeaux. Intégrité de la moelle cervicale. P. Keraval

---



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 janvier 1893.

PRÉSIDENCE DE MM. TH. ROUSSEL ET CHRISTIAN.

M. Th. ROUSSEL passe en revue l'œuvre scientifique de la Société et rappelle, en termes émus, les pertes qu'elle a éprouvées dans le courant de l'année qui vient de s'écouler. Il procède ensuite à l'installation de son successeur.

M. CHRISTIAN prend possession du fauteuil de la présidence en exprimant, au Président surtout, l'honneur qui rejaillit sur la société médico-psychologique d'avoir été présidée par un philanthrope éclairé dont l'œuvre sociale est considérable, par l'auteur de la loi Roussel et du rapport, au Sénat, sur le Régime des aliénés.

Délire des négations. — M. TOULOUZE communique l'observation d'une femme atteinte du délire des négations et dont la mère, ainsi qu'a pu le constater Morel, présentait déjà le même délire. Après quelques accès de délire mélancolique, la malade de M. Toulouze a été prise d'idées de négations, d'abord mal liées qu'elle finit ensuite par formuler, en se donnant comme morte depuis plusieurs années. Aujourd'hui, elle s'étonne de ne pas être enterrée; son corps est vide; elle n'a plus ni nerfs, ni muscles, ni os. Ce délire, actuellement stable, est véritablement systématisé. L'observation, des plus complètes, est exposée avec beaucoup de clarté par l'auteur.

Délire polymorphe. — M. ARNAUD rapporte en son nom personnel et au nom de M. FALRET, l'histoire d'une mélancolique persécutée et érotique avec penchant au suicide, qui a conçu tout un système théologique dans lequel elle joue tout à la fois le rôle de mère et de fille du Créateur. M. ARNAUD déclare ne pas retrouver dans les classifications la place qui conviendrait à sa malade.

M. FALRET voit dans cette observation la preuve qu'il est nécessaire d'étudier les variétés cliniques du délire de la persécution dont plusieurs sont encore observees.

M. Charpentier donne actuellement ses soins à trois malades analogues. Ils se plaignent tantôt d'être persécutés, tantôt d'être morts. Parfois ils se prétendent ressuscités. Ils ressemblent à des délirants chroniques; mais leur délire n'a suivi aucune évolution régulière. A certains moments, ils ont eu de l'excitation maniaque au cours de laquelle les idées de persécutions s'exagéraient.

M. Garnier s'étonne que les idées de persécution aient persisté pendant les périodes d'excitation.

M. Séglas a observé une persécutée alternativement déprimée ou excitée mais qui se disait toujours empoisonnée par son mari ; elle interprétait différemment la chose suivant son état d'esprit. Un jour, elle s'accusait d'avoir mérité ce que lui faisait son mari ; un autre jour, elle protestait et le menaçait de représailles.

Marcel Briand.

XVII[e] CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE BADE-LES-BAINS

Séance du 28 mai 1892[1]. — Présidence de M. Leber.

M. Leber. — Des *affections périphériques des nerfs optiques chez les hystériques.* — L'orateur a, dans un groupe de cas, observé chez des hystériques une amblyopie ou une amaurose très prononcée qu'il fallait imputer à une névrite rétro-bulbaire du nerf optique. La régression rapide et presque complète du trouble visuel et l'absence, au début, de toute altération ophthalmoscopique; la constatation chez les malades d'autres troubles nerveux et des stigmates de l'hystérie, tels étaient les éléments à l'appui de la nature hystérique des perturbations. Et cependant, malgré la rapidité du rétablissement des fonctions de la vue, on constatait une décoloration marquée de la papille; en rapprochant cette altération de la forme du trouble visuel, de l'existence d'un scotome central, d'un scotome pour les couleurs, de l'unilatéralité des accidents, on pouvait conclure que la lésion siégeait à la périphérie, c'est-à-dire dans le bout du nerf optique antérieur au chiasma. La cécité, survenue brusquement, permettait, de concert avec l'existence dans la papille de légères altérations névritiques, d'admettre une névrite en arrière du globe de l'œil, terminée par une atrophie partielle. Mal-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, session de 1891.

gré l'intensité de l'amblyopie, celle-ci rétrocédait presque complètement en huit ou quatorze jours, ou bien sans aucun traitement, ou bien sous l'influence d'injections hypodermiques de strychnine, de bromure de potassium, de salicylate de soude. Cinq malades ont été observés avec soin; parmi eux, on compte quatre femmes présentant des troubles hystériques plus ou moins marqués; l'autre cas concerne un homme qui, peu après la rétrocession de l'amblyopie (unilatérale), se plaignit de paresthésie et d'anesthésie de l'autre moitié du corps, qui disparut elle-même bientôt.

En plusieurs cas, l'amblyopie fut précédée de malaises et de fièvre passagers. Il est probable que la névrite rétro-oculaire, qui, ainsi que le montrent ces exemples, peut rétrograder rapidement sans traitement, laisse après elle un trouble de la conductibilité des fibres nerveuses cédant elle-même à la strychnine ou à une influence morale; mais il est des cas dans lesquels, le processus anatomique étant plus actif ou plus prolongé, un certain nombre de fibres succombent à l'atrophie. Il y a par conséquent des cas où les troubles soi-disant fonctionnels de la vue chez les hystériques, tout en rétrocédant du reste, se rattachent à des lésions occupant les centres nerveux.

L'amblyopie chronique de l'hystérie ou anesthésie rétinienne tient probablement aussi à une lésion. M. Leber a, dans un cas d'hystérie grave chez la femme, pu pratiquer l'examen microscopique; il constata des altérations atrophiques du nerf optique remontant à plusieurs années; elles occupaient, immédiatement en avant du chiasma, les trousseaux superficiels des nerfs.

M. Dinkler. — *Tabès dorsal syphilitique au début; méningite syphilitique;* avec *présentation de pièces microscopiques.* — Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans entaché de tares névropathiques. Syphilitique avéré depuis l'âge de vingt-sept ans. A trente-six ans (1885), douleurs lancinantes dans les deux jambes, douleurs en ceinture; en 1889 fourmillements dans les jambes, parésie vésicale, diminution de la virilité, fatigue rapide au plus petit effort. On constate à cette époque: cicatrice pénienne, paralysie réflexe des pupilles avec myosis, hypoalgésie et ralentissement dans la conductibilité des sensations douloureuses dans les jambes, hypéresthésie au niveau du dos; réflexes cutanés normaux, absence complète des réflexes du tendon d'Achille, réflexes patellaires moindres à droite qu'à gauche, mais normaux. Sous l'influence des onctions hydrargyriques, de la station thermale de Nauheim et du séjour dans les montagnes, du nitrate d'argent associé à la noix vomique, le malade s'améliore. Au bout de six mois, les douleurs lancinantes reparaissent sans aucune autre altération appréciable. Une semaine plus tard, mort subite. On constate au microscope un tabes dorsal au début, de la méningite spinale syphilitique avec arachnoïdite gommeuse, de l'arthrite gommeuse des basilaires, des artères spinales

et cérébrales moyenne et antérieures des deux côtés. Un anévrysme disséquant de la sylvienne droite s'étant rompu, il y a eu hémorrhagie cérébro-spinale diffuse.

M. Goltz a, en commun avec M. Ewald excisé *de gros segments de moelle épinière chez les chiens*. Ces animaux ont survécu longtemps. Voici par exemple une chienne à laquelle le 28 mai 1891 on a sectionné transversalement la moelle cervicale au niveau de la cinquième vertèbre. En deux séances ultérieures dont la dernière remonte au 5 janvier 1892, on lui a réséqué 13 centimètres de moelle à partir de la queue de cheval, d'arrière en avant. Il y a donc cinq mois que l'animal a subi ces mutilations. Le train postérieur est paralysé, mais la peau ne présente aucun trouble de nutrition; les ulcérations qui se sont produites à la suite de la première opération se sont guéries. Quant aux muscles des pattes postérieures, ils ont dégénéré; ce ne sont plus que des cordes fibreuses. Intégrité, par contre, du tube digestif, de la vessie, des vaisseaux sanguins. Digestion normale, matières fécales solides. Rien dans le gros intestin, rien à l'anus. La miction doit être mise en train par une douce pression sur le ventre; urines normales; conservation de la tonicité des vaisseaux. Une excitation des tissus cicatriciels au niveau des escarres gangréneuses produit de la rougeur qui disparaît au bout de quelque temps. En soumettant l'animal à des alternatives de froid et de chaleur, on voit persister les fonctions régulatrices de la température somatique. Ces expériences donnent un démenti aux théories classiques. Il faut aussi noter que les os du rachis qui ont une première fois subi la section se montrent d'une remarquable friabilité dans les interventions ultérieures.

M. Erb. — Une *tumeur cérébrale enlevée par deux fois avec succès*. — Il s'agit d'un malade de quarante-quatre ans atteint d'épilepsie Jaksonienne caractéristique, d'origine nettement corticale, suivie d'hémiparésie; d'autres symptômes tels que : accès de céphalalgie, vomissements, inflammation de la papille au début, permirent simultanément d'établir sûrement l'existence d'une lésion des régions corticales motrices du côté droit: on diagnostiqua une tumeur probable. Le 21 novembre 1890, M. Czerny enleva un glio-sarcome hémorrhagique. Tout se passa bien; la guérison eut lieu. Récidive huit ou neuf mois plus tard, nouvelles attaques de convulsions cloniques monoplégiques, augmentation de la parésie. On opérait à nouveau le 23 décembre 1891; cette fois, outre la tumeur, on enlevait un kyste produisant dans l'hémisphère droit une perte de substance plus étendue. Actuellement, six mois après la dernière opération, l'hémiparésie est revenue avec les convulsions, mais les facultés mentales n'ont pas subi d'atteinte et le malade peut encore se livrer à ses occupations. Au niveau de la perte de substance, on sent sur le crâne une tumeur pulsatile fluctuante, molle, de la grosseur d'un œuf.

Trois enseignements découlent de cette histoire. Ce malade, évidemment perdu si l'on n'eût rien fait, a pu, pendant dix-huit mois, reprendre son travail et en tirer profit; il a sans encombre supporté les frais de deux opérations graves.

Discussion : M. Fuerstner. — Chez une femme de trente-cinq ans, j'ai diagnostiqué une tumeur de la région motrice gauche; l'opération confirma le diagnostic, mais il ne fut pas possible d'enlever toute la tumeur; la femme succomba plus tard; à l'*autopsie*, on trouva un glio-sarcome étendu de l'hémisphère gauche. En pareil cas il faut ouvrir largement la paroi cranienne pour voir ce qu'il y a et savoir ce que l'on fait.

M. Erb partage complètement cette manière de voir.

M. Thomas. — *De la néphrite choréique*. Il s'agit d'un garçon de quatorze ans et demi n'ayant jamais eu auparavant ni chorée ni néphrite, chez lequel, trois semaines après le début des symptômes choréiques, il se montra de l'anasarque généralisée. On pense à une néphrite; on institue le traitement convenable; l'anasarque et les symptômes de néphrite disparaissent et, avec eux, les mouvements choréiques. Il est donc à penser qu'il y avait un rapport étiologique entre la chorée et la néphrite; l'intoxication produite par le défaut d'élimination des éléments chimiques de l'urine a provoqué des troubles dans les centres coordinateurs. C'est l'histoire de la chorée rhumatismale et de la chorée consécutive à des maladies infectieuses.

M. Moos. — *Des troubles de l'équilibre consécutifs à une affection organique des canaux semi-circulaires*. Ces lésions portent sur les canaux semi-circulaires horizontaux et transversaux d'une fillette de douze ans ayant succombé à une méningite par staphylococcus de la base des hémisphères; elle avait, trois ans avant sa mort, été atteinte de diphtérie scarlatineuse. C'est au moment de la convalescence de cette dernière affection que se produisirent : une surdité complète avec douleurs d'oreilles violentes et profondes, principalement nocturnes, et de la titubation en marchant. Aucune autre espèce de symptômes cérébraux. Voici les lésions histologiques : 1° Dans les deux caisses tympaniques, les couches épidermiques du bord du manche du marteau détruit avaient immigré ; 2° la spire de base des deux limaçons présentait une végétation osseuse qui avait détruit les filets nerveux; le bourgeon osseux hyperplasié se prolongeait vers le centre jusque dans le ganglion spiral (d'où la surdité absolue); 3° dans les canaux semi-circulaires il y avait eu une nécrose des éléments osseux qui s'était guérie. La nécrose doit être attribuée aux bactéries. M. Moos a jadis montré que tous les micro-organismes en arrivant dans le labyrinthe peuvent coaguler la lymphe; des cellules lymphatiques, par division des noyaux, se forment des cellules géantes dont proviennent du tissu

fibreux ostéoïde ou du tissu osseux capable d'oblitérer la lumière des canaux semi-circulaires, ces cellules géantes peuvent également jouer le rôle d'angioblastes. Les troubles de l'équilibre émanent dans l'espèce de la lésion des canaux semi-circulaires.

M. Fuerstner. — *De la faiblesse irritable d'origine psycho-motrice.* L'agoraphobie peut être tenue pour un exemple particulièrement caractéristique d'un état de faiblesse psychomotrice. Or voici trois faits dans lesquels, par le concours des mêmes éléments psychiques que ceux qui interviennent dans l'agoraphobie, d'autres groupes de muscles, ceux surtout qui servent aux occupations journalières, ont subi un arrêt de conductibilité fonctionnelle; ce trouble passager a transformé les mouvements voulus combinés en mouvements incoordonnés. Les trois observations ont trait à des barbiers chez lesquels, sous l'influence de perceptions sensorielles déterminées, le bras droit était périodiquement atteint de faiblesse avec tremblement et oscillations dissociées. Une quatrième concerne un maître de chapelle, momentanément incapable, par ce fait, de diriger les exercices; un cinquième cas porte sur un médecin devenu par moments inhabile à signer.

M. Fuerstner a également observé l'aphonie périodique et un trouble spécial de la parole non paralytique se rattachant à la résultante intellectuelle pathologique du travail d'élucubration cérébrale des sensations. Il est évident qu'il y avait par suite trouble fonctionnel des centres moteurs, le sentiment en modifiant l'activité. Ce sont des faits à rapprocher des paralysies psychiques.

Chez l'homme arrivé à l'âge mûr, M. Fuerstner a vu spontanément, sans aucun accident extérieur, se produire une parésie totale du bras droit; incapacité d'effectuer sans peine certains mouvements, avec secousses de l'avant-bras etde la main, secousses exagérées par les mouvements intentionnels. Il y avait aussi anesthésie de la main allant en diminuant jusque vers le coude. Affaiblissement peu accentué de la jambe droite. L'anesthésie peut même occuper tout le bras; dans ce cas, il y a hémianesthésie passagère du même côté, mais sans les organes des sens. (Deux observations.)

Plusieurs faits rappellent la pseudo-paralysie agitante d'Oppenheim. L'orateur les rapproche de la faiblesse irritable limitée des cas précédents et de la paralysie agitante typique.

M. Edinger. — *Moelle épinière artificielle.* Sur ses indications, M. Lœw a fait fabriquer par la maison Jung (d'Heidelberg) une moelle épinière avec son bulbe. Cette pièce se distingue des autres qui ont été faites jusqu'ici en ce que l'on y voit non seulement les faisceaux et leurs émanations avec les divers centres microscopiques, mais aussi deux coupes transverses qui permettent de s'orienter.

Séance du 29 mai 1892. — PRÉSIDENCE DE M. SCHULTZE.

M. ASCH. — ***Présentation d'un jeune garçon de onze ans porteur d'altérations particulières aux phalangettes des doigts et des orteils.*** Hérédité très chargée au point de vue de la phtisie pulmonaire, mais ni syphilis, ni alcoolisme, ni maladies nerveuses dans sa famille. Aucun accident pendant l'accouchement. La tête du jeune homme est grosse; le corps très maigre; les extrémités digitales présentent dès la naissance une forme étrange qui est due à ce que le corps de l'organe est effilé tandis que les phalangettes sont épaisses. A l'âge de deux ans, plusieurs accès de laryngite striduleuse; l'enfant apprit correctement à parler, mais il ne marcha qu'à six ans; sa mémoire était bonne, mais il était original et pleurait facilement, se fatiguant au moindre effort. Les dents de lait, en scie, friables tombèrent tout d'un coup; il perdit également les dents de la seconde dentition ou les arracha de leurs alvéoles dans lesquelles elles n'étaient pas solidement implantées. L'examen actuel démontre qu'il s'agit d'un hydrocéphale avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et dystrophie musculaire progressive infantile. Le volume des phalangettes, rapproché des fissures de la langue, permet de penser à l'acromégalie mais, comme il manque beaucoup de symptômes appartenant à cette maladie, il vaut mieux attribuer l'état des phalangettes à une stase produite par des lésions artérielles et à l'hydrocéphalie congénitale, tout en tenant compte de l'hérédité tuberculeuse. Cette opinion ne permettrait pas d'expliquer l'allongement de la charpente osseuse des phalangettes qui du reste se retrouve dans l'acromégalie.

M. LAQUER. — *Présentation d'une batterie transportable de trente petits accumulateurs pour l'électrisation galvanique.* Les accumulateurs sont composés de trente cellules; ils sont contenus dans un coffre en gutta-percha, par séries de dix cellules. Chaque cellule ou chambre se compose d'une lame positive et de deux plaques négatives et à la tension de 2 volts, ce qui donne à l'accumulateur entier une tension de 60 volts. Cette tension s'obtient à l'aide de 50 éléments de Leclanché ou de 90 à 100 éléments de Siemens et Remak. A la batterie est adjointe un milliampèremètre absolu (modèle Edelmann) à l'échelle de 550 à 500 milliampères. Le dispositif intérieur permet d'associer ou de disjoindre les uns des autres les compartiments cellulaires en série de 5, 15, 30. Au moyen de deux appareils de résistance régulatrice au fil de nickel, on peut doser le courant; le régulateur en question peut faire intervenir 62,000 ohms; chacun de ces appareils possède 50 contacts; par exemple quand on emploie cinq chambres on peut diviser 10 volts en 100 fractions. Les accumulateurs peuvent

emmagasiner 1,500 milliampères-heures, c'est-à-dire qu'on peut leur demander trois cents heures de 5 milliampères — cent cinquante heures de 10 milliampères. On les charge en les mettant en communication avec n'importe quel appareil d'éclairage électrique à courant constant. L'usage quotidien ordinaire permet d'employer cette batterie pendant plusieurs mois.

M. Schultze rapporte une observation de *spasmes* dans les deux *tenseurs du fascia lata* avec hypertrophie consécutive de ces muscles, chez un jeune homme ; il en relate une autre concernant une *contracture des muscles épicondyliens* avec hypertrophie extrême de l'éminence hypothénar et des muscles épicondyliens de l'avant-bras droit.

L'orateur raconte enfin que chez un homme vigoureux qui n'était ni hystérique, ni hypochondriaque, un traumatisme avait déterminé une plaie sur le côté externe du tibia, qui occupait la face antérieure de la jambe gauche. Lorsqu'il marchait, ce membre se cyanosait, devenait douloureux et œdémateux ; puis, la sensibilité du membre diminuait, et le triceps fémoral était pris de convulsions cloniques ressemblant à du tremblement ; la cicatrice était excessivement douloureuse. Il s'agit probablement d'une lésion de la tibiale, car, outre l'œdème bleu, on constate que l'artère dorsale du pied ne bat presque plus. Le tremblement du triceps crural peut être rapproché du tic convulsif consécutif aux cicatrices et aux blessures de la face.

M. Krœpelin. — *De l'action de quelques médicaments sur les centres nerveux.* Etudiant les effets de ces médicaments sur l'activité mentale, par la méthode des mensurations psychophysiques, l'expérimentateur est parvenu à établir le rôle de ces agents et leur influence sur chacun des éléments composants d'un mécanisme intellectuel complexe. Ainsi, d'une façon générale, on peut dire qu'il y a antagonisme entre la réception et la manifestation psychique des impressions extérieures d'une part, et la production des mouvements d'autre part, car les médicaments en question, agissent différemment sur chacune de ces opérations. Leur dose joue d'ailleurs aussi un grand rôle.

L'*alcool* ralentit les opérations intellectuelles ; cette action se fait très rapidement et ne cesse que lentement, c'est-à-dire que le ralentissement obtenu subsiste ; mais il exagère le pouvoir excito-moteur et cela pendant vingt à trente minutes ; au bout de ce temps, cette fonction devient plus difficile. Si l'on en fait ingérer de hautes doses, on provoque des phénomènes paralytiques précoces, autant que complets. Ainsi s'expliquent les intoxications alcooliques aiguës ; l'association des idées se trouble, il se produit des conceptions clichées, pour ainsi dire, des associations d'idées par assonances, une idéogénèse exagérée et accélérée (volubilité), tous

phénomènes qui doivent être considérés comme des phénomènes d'excitation d'ordre moteur.

Au point de vue qui nous occupe, l'*éther*, le *chloroforme* et le *nitrite d'amyle* sont de proches parents de l'alcool, comme l'indique le tracé graphique de résultats expérimentaux. A petites doses, en tous ces cas, il y a en même temps, paralysie sensorielle et intellectuelle, conjointement avec l'hyperexcitabilité motrice ; quand l'intoxication progresse, il y a paralysie du système locomoteur. C'est avec le nitrite d'amyle que l'excitomotricité est le plus exaspérée et qu'il y a le moins d'obnubilation de la connaissance. L'effet psychique de la *paraldéhyde* se rapproche encore davantage de celui de l'alcool, mais le trouble de la connaissance se montre des plus rapides et des plus intenses. En revanche, l'*hydrate de chloral* paralyse déjà à petites doses l'élément intellectuel et excitomoteur de l'activité psychique.

L'intoxication par le *thé* est toute différente. Il facilite nettement et pour longtemps les opérations sensorielles et intellectuelles, sans produire après d'accidents paralytiques. Suivant toute apparence, il gêne un peu le centre générateur des mouvements, mais active la contraction des muscles par action périphérique. La *morphine* aussi excite les fonctions sensorielles et intellectuelles, mais en même temps se développe une paralysie motrice centrale progressive.

La genèse des paralysies du système moteur est propre à tous les poisons qui modifient le caractère lorsqu'on en fait abus d'une façon chronique. Alcool, éther, chloroforme, hydrate de chloral, paraldéhyde et morphine engendrent, à des degrés divers, cet affaiblissement permanent de l'activité volontaire, ainsi que la paralysie motrice aiguë, d'origine centrale. Le thé, au contraire, agit peu sur l'activité du système moteur, il l'entrave un peu sans la paralyser, par suite il peut produire des troubles neurasthéniques, mais jamais il ne détermine la dégénérescence morale qui est un caractère effrayant des intoxications que nous venons de passer en revue.

M. A. Hoche. — *De la réaction galvanique de l'appareil visuel.* Etablir : 1° si chez les aliénés et notamment les hallucinés de la vue, il existe des modifications des réactions galvaniques de l'œil (comme il en existe dans l'auditif chez les hallucinés de l'ouïe) ; 2° quelle est la réaction galvanique du nerf optique dans les cas de lésions organiques et d'altérations fonctionnelles de l'œil, conformément aux principes de Erb ?

Tel était le projet primitif de l'orateur.

Mais il fallait, avant tout, déterminer la valeur de la réaction normale et les oscillations physiologiques de cette valeur, en un mot la formule normale de la réaction lumineuse galvanique.

En procédant avec méthode, tant en ce qui concerne la préci-

sion de l'appareil instrumental qui ne doit pas varier une fois qu'on en a rationnellement déterminé les conditions, qu'en ce qui a trait à l'examen des individus, M. Hoche a trouvé ce qui suit :

Le minimum de la sensibilité lumineuse galvanique se montre dans les yeux sains (acuité visuelle = 1, aucune anomalie de la réfraction ni du fond de l'œil) quand on fait agir un courant dont l'intensité varie entre 1/50 et 1/5 de milliampère; la plupart des yeux réagissent sous l'influence de 1/20 à 1/10 de milliampère. La réaction se montre à un courant minimum chez les neurasthéniques, les hystériques, les individus très sensibles, ce qui prouve qu'il y a chez eux exagération de la sensibilité des surfaces sensorielles centrales et non des organes périphériques.

L'exercice n'influence aucunement les valeurs minima, quand elles ont atteint une certaine limite.

Des deux yeux d'un individu ayant 1 pour acuité visuelle, il arrive que l'un des deux réagisse à une intensité moindre du courant que l'autre. C'est celui qui a acquis une activité professionnelle (exercice du microscope) ou qui s'est exercé à des observations entoptiques, ou qui par rapport à l'autre est plus vigoureux, l'autre, par exemple, étant atteint d'anomalies de la réfraction.

L'âge paraît diminuer la sensibilité galvanique.

Chez la plupart des sujets, la première sensation lumineuse galvanique se montre à la fermeture de l'anode parfois même simultanément à la fermeture de l'anode et à l'ouverture de la cathode; la dernière sensation qui apparaisse apparaît à l'ouverture de l'anode, mais c'est la fermeture de l'anode qui, quelle que soit l'intensité du courant, provoque l'intensité lumineuse la plus pénétrante. La formule des phases du courant suit donc en ordre inverse de celle que montre l'examen galvanique d'autres nerfs; la *fermeture de l'anode est l'agent d'excitation de l'œil*, la *fermeture de la cathode celui des nerfs moteurs* (étude des valeurs absolues, échelle des chiffres). La raison la plus plausible de cette interversion, il faut la chercher dans l'existence d'électrodes virtuelles au pôle postérieur de l'œil. Quant à la durée de la sensation dans ses rapports avec chacune des électrodes, on n'a pu établir de valeurs absolues.

A raison de la multiplicité et de l'intrication des réseaux constitués par la disposition des éléments rétiniens, nous n'espérons guère poser de formule normale aussi exacte que celle qui régit les nerfs sensibles de la peau.

M. J. Hoffmann. — *De l'atrophie musculaire spinale progressive dans une même famille*. Il s'agit de deux familles non parentes; chez l'une d'elles, sur quatorze enfants, six présentaient l'ensemble symptomatique qui suit; chez l'autre, sur six enfants, il y en eut deux d'atteints. L'affection débute à la première année de la vie, par une paralysie, à marche subaiguë ou chronique, des muscles

du bassin, du rachis, des cuisses. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, vient le tour des muscles du cou, de l'épaule, des bras, des avant-bras, des mains. Atrophie dégénérative progressive du système musculaire, avec réaction dégénérative ; en aucun cas il n'y eut de pseudo-hypertrophie. Disparition des réflexes tendineux et des réflexes cutanés; les nerfs ne sont, pas plus que des masses musculaires, sensibles à la pression. Intégrité constante des sphincters. Intégrité de la sensibilité. Toujours chez tous les malades, marche symétrique, chronique, progressive. Sans exception, la mort avait lieu de un à quatre ans après le début de la maladie. Aucun des enfants ne dépassa l'âge de cinq ans; ils furent tués par une paralysie des muscles du tronc avec lésion secondaire des poumons. Furent épargnés les muscles de la face, de la langue, du larynx, du pharynx, ainsi que les organes des sens. Pas d'accidents cérébraux. L'autopsie d'un des sujets a jusqu'ici démontré l'existence de l'atrophie dégénérative des muscles (état graisseux), de la dégénérescence des racines antérieures de la moelle, et des cellules des cornes antérieures. L'examen complet n'a pas été achevé. Ce mémoire sera publié plus tard *in extenso*.

M. G. Aschaffenburg. — *Contribution à l'étude du délire du collapsus*. Ce délire est la conséquence de lésions profondes de l'organisme; il succède à des maladies aiguës, à des maladies puerpérales. En très peu de temps, les accidents atteignent une acuité extrême ; ils revêtent la forme de la manie aiguë (agitation, volubilité du langage, rimes, assonances, allittérations, parole rythmée et saccadée, désordre extrême dans les idées) avec alternatives de gaîté et de dépression, pouvant aller jusqu'à l'angoisse, selon la forme des hallucinations. Il existe, en effet, de nombreuses hallucinations de tous les sens et des ilusions de la vue et de l'ouïe. L'insomnie complète et l'irrégularité de l'alimentation entraînent un affaissement progressif. Mais il est rare de voir la mort survenir dans le collapsus le plus profond. Généralement, le collapsus, qui paraît si grave, cesse soudain, après avoir duré quelques jours, deux semaines au plus. Tout à coup les malades reprennent leur lucidité et tout est fini. Mais, dans quelques cas, il se produit un stade de réaction, constitué par de l'irritabilité, une tendance au mécontentement, à se plaindre de tout, qui juge définitivement la maladie. Il peut enfin aussi arriver que la guérison n'ait lieu qu'à la suite du syndrome de la démence aiguë. En tout cas, la guérison reste complète sans laisser de traces.

La maladie à laquelle le délire de collapsus ressemble le plus, c'est le delirium tremens, mais, dans le delirium tremens, le trouble de la connaissance est moins profond. L'alcoolique peut comprendre ce qu'on lui dit, ce qu'on lui demande, il n'a pas un désordre des idées aussi intense, il est moins obtus; la volubilité des idées n'existe pas chez lui. L'humeur des deux éspèces de malades porte

la teinte du genre de leurs hallucinations, mais le tremblement de l'alcoolique est plus ordonné, il obéit à un délire qui rappelle la nature de ses occupations ordinaires.

La manie furieuse de l'épileptique est brutale; l'obtusion mentale est plus profonde, il n'existe pas chez lui cette volubilité que nous avons décrite, cette volubilité manque aussi dans le délire raisonnant post-épileptique. L'accès de manie aiguë du dément paralytique reflète les idées de grandeur de ce malade ; les hallucinations sont chez lui moins nombreuses et moins actives; il présente, par moments, l'embarras de la parole caractéristique même lorsqu'il n'est qu'esquissé, et l'inégalité pupillaire.

Le traitement consiste à soutenir le malade par tous les moyens dont nous disposons. L'alcool est notamment un bon médicament parce qu'il agit en même temps comme hypnotique, la paraldéhyde, la morphine, le chloral et l'opium, pouvant agir défavorablement sur l'organe central de la circulation; excellence des bains chauds prolongés.

L'évolution du délire de collapsus étant courte, ces malades ne sont guère observés dans les asiles d'aliénés. C'est pourquoi l'on en connaît peu l'histoire.

M. Gierlich. — *De la névroglie et de son inflammation dans le ramollissement du cerveau.* Il s'agit d'un cas d'encéphalomalacie, dans lequel on trouva des altérations spéciales de la névroglie. Le foyer de ramollissement occupait la base du lobe occipital et du lobe temporal du côté gauche ; il existait, en outre, de petits foyers dans les ganglions de la base. L'examen microscopique révéla dans les parties ramollies deux espèces de tissus. 1° Sur les limites du tissu normal, les cellules de la névroglie étaient augmentées de volume; le protoplasma y était plus abondant, ainsi que les noyaux (on en trouvait deux et plus); elles émettaient de nombreux prolongements qui s'entre-croisaient. Entre ces éléments, il n'y avait que de rares fibres nerveuses. 2° A la périphérie, un tissu très riche en cellules : cellules rondes, ovales, anguleuses, contenant de un à quatre noyaux contre la paroi des éléments, avec un protoplasma granuleux. Les unes étaient grosses comme une cellule migratrice, les autres quatre fois plus volumineuses que celle-ci.

C'est, somme toute, ce que l'on voit dans le gliosarcome. Mais ce n'en est pas un, car nous savons que les petits foyers séparés du foyer principal par un pont de tissu sain présentent les mêmes altérations, et, d'autre part, en examinant attentivement les nombreux foyers minuscules des ganglions de la base, nous y retrouvons les mêmes caractères. Il s'agit donc bien d'un foyer de ramollissement sur les bords duquel la névroglie a proliféré à un degré extrême. On a déjà décrit cet état anatomique sous le nom de gliose.

M. J. Steiner. — *Des lésions de plusieurs nerfs craniens par un*

traumatisme chimique. Chez une dame de vingt ans, présentant des ganglions tuberculeux du cou, à droite ; on injecte, dans la masse de ces tumeurs, un mélange d'iodoforme, de glycérine et de formiate de soude. A la sixième séance, la malade est soudain prise d'angoisse. La dyspnée passée, huit jours après cet accident ; on constate une paralysie de la branche supérieure et de la branche moyenne du facial, une déviation de la langue à droite avec difficulté de la mastication et de la déglutition ; une paralysie de la corde vocale droite. Le nerf laryngé est lui-même atteint. Il est probable que les branches respiratoires du pneumogastrique et sa branche cardiaque sont aussi prises. Réaction dégénérative des muscles accessibles à l'examen. En résumé, l'accident a porté sur les deux rameaux supérieurs du facial, l'hypoglosse, le laryngé supérieur et le laryngé inférieur, du côté droit. Sous l'influence de l'électricité galvanique, en quelques mois les laryngés supérieurs et inférieurs ont récupéré leurs fonctions ; le facial et le lingual sont partiellement reconstitués.

M. Gilbert décrit *deux cas de polynévrite.* L'un est de nature infectieuse. Dans ce cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans pris à la suite d'une émotion violente, excessivement violente, des accidents d'une névrite aiguë multiloculaire revêtant l'aspect de la péliose rhumatismale et de l'infection aiguë. Atrophie excessive avec diminution colossale de poids, exacerbation apyrétique à la suite d'un coryza, amenant la mort en quelques heures par paralysie des centres respiratoires. — L'autre observation concerne une dame qui après avoir tenté de s'empoisonner avec du vert de Schweinfurt fut atteinte d'une polynévrite extrêmement violente, limitée à un côté du corps.

M. Thomsen. — *Contribution à la casuistique du traumatisme céphalique.* Un mélancolique se tire dans la moitié droite du front une balle de revolver de 7 millimètres. Ni fracture, ni phénomène local ; le soir, délire. Puis plus aucun accident. Le cinquième jour brusquement une série d'accès d'épilepsie francs ; puis plus aucun accident. Le onzième jour coma grave avec 42 pulsations, accidents de paralysie et d'excitation de tout le côté gauche du corps. Le douzième jour les mêmes symptômes subsistent. Le treizième, somnolence, puis tout revient à la normale et la guérison complète a lieu. La santé ne s'est pas démentie depuis.

M. L. Laquer. — *D'une forme particulière de paresthésie des extrémités.* Série d'observations caractérisées par des accès d'engourdissement et de rigidité des deux mains et des deux avant-bras. Les sensations de brûlure et de piqûre insupportables sont diffuses, elles s'étendent à toute la surface du corps et dégénèrent la nuit en une violente douleur qui prive très souvent le malade de sommeil. Elles surviennent spontanément ou à la suite d'un travail

pénible ou encore après certaines excitations thermiques. Pas d'autres accidents. Il s'agit très probablement d'une névrose professionnelle, survenant chez des femmes anémiques à la suite de travaux manuels. En tout cas, c'est une maladie des plus opiniâtres : quelques malades ont cependant pu être améliorées ou guéries par la galvanisation, les bains, des pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale.

Dicussion : M. SCHULTZE. — C'est là *l'acroparesthésie* que j'ai déjà décrite et que l'on trouvera dans la thèse de Mohr.

M. WINDSCHEIDT. — Chez une fillette de douze ans il survenait la nuit par accès de très violents fourmillements qui débutaient par la pulpe des doigts. L'eau froide arrêtait le mal. (*Archiv f. Psych. u. Nervenkrank.*, XXIV, 2.) P. KERAVAL.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE

CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION A BRESLAU[1].

Séance du 5 décembre 1891.

M. KURELLA. — *De l'assistance publique des idiots.* La loi prussienne du 11 juillet 1891 charge les bureaux de bienfaisance régionaux (*Landarmenverbœnde*) de placer les idiots et épileptiques indigents dans des asiles appropriés. C'est entrer dans la voie de l'assistance officielle et substituer à l'initiative et à la bienfaisance privées le traitement médical. Il importe que nous nous en occupions, car les religieux qui conduisent actuellement un grand nombre d'asiles privés de ce genre et qui tendent à rejeter l'assistance médicale, se remuent pour obtenir l'autorisation d'en fonder de nouveaux et pour être titularisés.

Combien y a-t-il d'idiots indigents? On ne le sait en Prusse, mais les statistiques du Wurtemberg, du canton de Zurich, des provinces baltiques, et du Danemark (1888-1889), permettent d'établir la proportion d'un idiot par 5 à 600 habitants. Ce qui donnerait pour la Silésie plus de 8,000 idiots et imbéciles.

On ne saurait penser à hospitaliser tous ces malheureux. En Wurtemberg (asiles de Stetten et Mariaberg) et en Hanovre (Langenhagen), où l'on hosptialise la plupart des idiots indigents, on compte un idiot par 3 ou 4000 habitants. Ce qui donnerait pour la Silésie un total de 1400 idiots.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, LVIe session.

S'il est possible dans un petit centre de réunir en un même asile, sous une même direction, idiots et épileptiques, il vaut mieux, pour les provinces étendues, fonder un asile pour chaque catégorie de ces malades. Mais, l'idiotie s'accompagnant fréquemment d'épilepsie, il est indiqué de confier les enfants épileptiques à un asile d'éducation pour les idiots. On commencerait par fonder un asile public destiné à l'éducation des enfants atteints d'arrêt de développement des facultés, puis, peu à peu, on recevrait dans une annexe les idiots adultes, et l'asile public prendrait ainsi son extension naturelle.

Il est aisé de comprendre que les idiots dangereux et indigents arrivés à l'âge adulte, peuvent aujourd'hui, comme avant, continuer à être reçus dans une section de chroniques d'un asile d'aliénés, car ce sont des infirmes, tout comme les déments. Mais il n'en est pas de même des idiots perfectibles. Il faut organiser pour eux un établissement d'instruction et d'éducation. *Le médecin-directeur peut seul* remplir ces indications; il suffit, pour s'en convaincre de lire les comptes rendus et les publications quelconques sur ce sujet des religieux ou de leurs agents actuellement à la tête d'asiles privés d'idiots. La psychologie de l'idiot, qui n'est autre qu'un malade atteint d'une affection chronique du cerveau, fait partie de la pathologie cérébrale. Elle emprunte ses particularités spéciales à ce fait que le processus morbide a frappé un organe avant que le développement en fût suffisamment avancé; de là les lacunes psychiques. Mais c'est justement par suite de ces considérations qu'il faut confier cette mission à un pathologiste.

Pour connaître et traiter les affections intercurrentes qui hantent les enfants et les adultes affectés d'idiotie, il faut que le médecin s'occupe journellement et exclusivement de ces malades-là. On ne traite pas une otorrhée par des prières et des invocations. L'étude de l'idiotie est une introduction naturelle à celle de la pathologie du cerveau, puisque cette affection représente la vivisection à telle ou telle phase du développement cérébral, à celle de la craniologie, car le système osseux joue un grand rôle dans sa genèse, à celle de la criminologie, car les facultés morales sont également mutilées.

On peut du reste très bien installer un institut médico-pédagogique près d'un asile quelconque, tout en laissant au médecin qui en sera chargé la plus complète liberté. L'administration de l'asile effectuera les prescriptions de toute nature du médecin, suivant l'exemple de Dalldorf, Bicêtre, la Salpêtrière : les idiots adultes ou adolescents, incapables de développement, seront ainsi reçus sans difficultés dans la section des incurables.

Du reste, il est bien simple de nommer une commission qui dans la prochaine séance nous fasse des propositions fermes et qui, conformément au souhait de M. Gürich, nous donne une bonne définition de l'idiotie et nous apporte une statistique.

A la suite d'une *discussion* à laquelle prennent part MM. WERNICKE, DORNBLUETH, ALTER, sont nommés membres de la commission : MM. ALTER, GURICH, KARCZEWSKI, KURELLA, WERNICKE.

M. CL. NEISSER. — *Critique de la paranoïa au point de vue clinique.* (Publié *in-extenso* dans le *Centralbl. f. Nervenheilkunde*[1].)

M. H. SACHS. — *Des images commémoratives des impressions visuelles.* (Voy. le *Centralbl. f. Nervenheilk*[2].)

M. WERNICKE. — *Bases d'une symptomatologie psychiatrique.* (Voy. *Berl. Klin. Wochenschrift.*, *n°* 23. *Allg.*) (*Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1,2.)

P. KERAVAL.

CINQUANTE-HUITIÈME SESSION A BRESLAU

Séance du 12 mars 1892[3].

M. ALTER. — *Contribution à l'assistance provinciale des idiots et des épileptiques.* — Rapport. — On désigne sous le nom d'idiots tous les aliénés qui dès leur naissance ou dans leur plus tendre enfance sont atteints de débilité mentale, d'imbécillité, de démence.

Sous l'influence de M. Gürich, l'administration provinciale, avec l'aide des conseillers régionaux (Landrœthe) et des magistrats, a entrepris une statistique. Nous y voyons qu'en Silésie, il y a 962 idiots et 503 épileptiques qui, indigents, devraient être assistés et qui ne sont pas encore admis dans un asile approprié. Mais cette statistique ne comprend point la ville de Breslau qui forme à elle seule un district, au point de vue de l'assistance, et l'on n'a pas encore résolu la question de savoir si l'on doit lui recevoir ses idiots et ses épileptiques ou les lui laisser assister. — D'autre part, M. Kurella raconte que, par ordonnance royale datant de 1888, les professeurs sont tenus de signaler aux inspecteurs scolaires, les enfants atteints d'infirmités et de lacunes psychiques et physiques. Il est, en consultant ces listes, aisé de trouver les idiots et les épileptiques. Or, dans le cercle régional de Kreuzbourg, il y a actuellement 22 idiots de moins de onze ans; la statistique de l'administration provinciale n'en indique que 12 dans cette même zone. — Une enquête de M. Gübitz sur la ville de Breslau n'a pas été plus sérieuse au point de vue des résultats.

Il nous paraît donc impossible de dresser une statistique fidèle

[1] Voy. *Archives de Neurologie,* Revues analytiques.

[2] *Id.*, Revues analytiques.

[3] *Id.*, séance de décembre 1891.

de tous les idiots et épileptiques. On se bornera par suite à mettre l'assistance de ces malheureux en harmonie avec une approximation donnée, tout en ménageant à l'institution la ressource d'agrandissements selon les besoins.

Comment *organiser* l'assistance des idiots et épileptiques? Il y a unanimité sur ce point. L'administration provinciale devra fonder des asiles publics spéciaux qu'elle conservera sous son autorité ; tout en reconnaissant les services rendus par la bienfaisance individuelle, les asiles privés fondés par elle, ne sont point organisés comme il conviendrait. L'assistance de l'idiot doit reposer sur l'éducation ; on doit s'efforcer d'instruire et de donner une profession afin de décharger d'autant les établissements. L'idiot perfectible sera donc surtout éduqué, exercé, développé au point de vue d'une activité utilisable. C'est pourquoi le médecin d'un asile public d'idiots devra avoir une situation toute différente de celle que lui font les asiles privés.

Idiots et épileptiques sont des malades dont l'hygiène doit être réglée par le médecin. Les exercices, leur mode, leur adaptation à tel ou tel individu, et, inversement, l'entraînement des divers sujets, tout cela appartient au médecin. Ces asiles seront donc *dirigés par des médecins* qui formeront et surveilleront les instituteurs et les infirmiers. Il faut pour arriver à son but que le médecin ait une autorité complète; il doit être le *directeur* et non le conseil, non le médecin en chef. C'est pour cela que l'administration provinciale aura sous son autorité les asiles d'idiots, de même que les asiles d'aliénés [1].

Logique avec elle-même, la commission a également exprimé le vœu que l'action demeure entière à l'administration provinciale et que les asiles d'idiots et épileptiques n'aient rien à faire avec le bureau d'assistance, puisqu'il s'agit d'aliénés. En Silésie, en effet, ce bureau est autonome et ne relève pas de l'administration provinciale. Il est évident que, les aliénistes ayant toute compétence en ce qui concerne le traitement et l'éducation des idiots, il n'y a pas de raison pour qu'ils se heurtent un jour ou l'autre à une fin de non-recevoir, sous prétexte que le bureau d'assistance est chargé de placer ce genre de malades. Ce n'est pas tout; si l'assistance publique des pauvres idiots et épileptiques réussit, il faut s'attendre à la constitution de pensionnats; or, le bureau d'assistance n'a à connaître que de l'indigence.

Enfin la commission, après avoir examiné les avantages et les inconvénients : *a*. des grands asiles communs à tous les genres de l'idiotie et de l'épilepsie; — *b*. des asiles spéciaux aux enfants idiots et épileptiques, spéciaux aussi aux adultes idiots et épileptiques;

[1] Grave affaire que nous signalons à nos confrères, qui préconisent la séparation des fonctions. (P. K.)

— c. des annexes agencées près d'un asile public d'aliénés pour traiter et éduquer les idiots et épileptiques jeunes, tandis que l'établissement proprement dit continuerait à recevoir les malades adultes, la commission a pensé que ce qu'il y avait de mieux à faire en Silésie, c'était de construire de grands asiles communs à tous les genres de l'idiotie et de l'épilepsie; mais, naturellement, en ménageant, dans ces établissements, des quartiers séparés à ces genres de malades, et en précisant que l'on s'y occuperait surtout d'éducation. Elle a donc rédigé la proposition suivante :

« Il n'y a aucun inconvénient à réunir toutes les catégories de malades « idiots et épileptiques en de grands asiles communs pourvu que le but « poursuivi soit l'instruction et l'éducation représentées, sous la conduite « du médecin, par un institut médico-pédagogique bien et complètement « aménagé qui en constitue le foyer principal. »

A la suite de la *discussion* à laquelle prennent part MM. Gubitz, Gurich, Wernicke, Dornblueth, Alter, Kurella, cette proposition est adoptée.

M. Trepinski. — *Contribution à la connaissance du développement des manchons de myéline dans les cordons postérieurs de la moelle, avec présentation de préparations.* Examen par la méthode de Pal et Weigert de la moelle lombaire, dorsale, cervicale inférieure, de fœtus mesurant 27 à 47 centimètres. L'auteur a trouvé que les premières fibres nerveuses à myéline apparaissent dans les cordons postérieurs de fœtus ayant atteint 24 centimètres de longueur. Sur une coupe transverse de la moelle lombaire, on n'en trouve pas une seule dans une zone postéro-latérale de ce cordon; mais on les rencontre assez uniformément disséminées sur tout le reste de cet organe. Dans la moelle dorsale et cervicale inférieure, ces fibres myéliniques n'occupent qu'une bande étroite avoisinant la cloison postérieure et les zones externes du même cordon et encore, pas jusqu'à la périphérie postérieure; entre ces fibres internes et externes, des deux côtés, il existe, dans le cordon postérieur, une partie veuve de fibres myéliniques qui a la forme d'un coin à sommet dirigé en avant. Cette zone cunéiforme non organisée commence au niveau de la partie inférieure de la moelle dorsale, elle monte dans la partie supérieure de la même région jusqu'à la partie inférieure de la moelle cervicale et, dans ces deux segments, son sommet se dirige peu à peu en avant sans toucher nulle part à la commissure postérieure.

Chez les fœtus de 28 centimètres de long, les segments postéro-latéraux du cordon postérieur de la moelle lombaire sont également occupés par des fibres myéliniques. Mais déjà le reste du cordon est pourvu de nouvelles fibres ou du moins leurs gaines myéliniques commencent à se former à cette époque; en effet, outre que le nombre des fibres à myéline y est infiniment plus

grand, les zones glabres ont diminué de volume, quoique l'ensemble du cordon postérieur ait considérablement augmenté. Dans les régions dorsale et cervicale inférieure, abondance de fibres myéliniques, aussi pressées dans les segments internes du cordon postérieur que dans ses segments externes, notamment au niveau de la partie inférieure et moyenne de la moelle dorsale ; à cette époque, il n'est guère possible de distinguer le segment externe du segment interne à moins de bien remarquer une petite bande, moins riche en fibres myéliniques, et, par suite, plus claire, qui constitue la limite entre le segment interne et le segment externe du cordon. En s'élevant dans la partie supérieure de la moelle dorsale on retrouve la bande claire qui s'est étendue.

Chez les fœtus de 35 centimètres, la partie moyenne du cordon postérieur se développe, c'est-à-dire qu'entre les fibres nerveuses myéliniques déjà développées, de nouvelles fibres reçoivent leur myéline (région lombaire). Dans la moelle dorsale et cervicale inférieure, les fibres myéliniques s'accroissent dans les segments externes ainsi que dans une partie interne voisine de la cloison postérieure.

Chez les fœtus de 42 centimètres, il n'y a plus de parties claires et de parties obscures quelle que soit la région de la moelle. A cette époque, les fibres du cordon postérieur ont toutes reçu leurs gaines de myéline. A cette époque aussi, on voit dans la zone marginale de Lissauer des fibres myéliniques, mais il y existe encore des espaces clairs assez étendus.

Par conséquent, les fibres des cordons postérieurs sont pourvues de leurs manchons de myéline en quatre temps, par stades de développement correspondant aux dimensions fœtales de 24, 28, 35, 42 centimètres. Il faut cependant faire une exception pour la zone marginale de Lissauer qui n'est pas invariablement pourvue de fibres myéliniques chez tous les fœtus de 42 centimètres de long.

Quant aux relations qui existent à cet égard entre les fibres du segment interne (faisceau de Goll) et du segment externe (faisceau de Burdach) du cordon postérieur dans la moelle dorsale et cervicale inférieure, les fibres du faisceau de Goll sont pourvues de leurs gaines myéliniques, aux mêmes époques et aux mêmes intervalles que celles du faisceau de Burdach. Or, dans le faisceau de Goll, il y a des fibres à long trajet; dans le faisceau de Burdach existent des fibres à court trajet; il n'y a donc au point de vue du mode de développement qui nous occupe, aucune différence entre ces organes et leurs éléments constitutifs.

Que montre maintenant la *dégénérescence des cordons postérieurs dans le tabes?* En quelques cas (stades de début du tabes), c'est la partie moyenne du cordon postérieur qui est surtout lésée; or, cette partie est occupée par des fibres nerveuses relevant du troisième stade du développement. L'extension de la dégénérescence corres-

pond donc exactement aux fibres de ce troisième stade. Cette opinion est renforcée par cette constatation que, dans les régions dorsale et cervicale inférieure, la lésion occupe, dans le faisceau de Goll, un segment situé près de la cloison postérieure tandis qu'elle respecte le segment postérieur du faisceau de Burdach. — Il est d'autres observations de tabès dans lesquelles les fibres dégénérées appartiennent au troisième et au quatrième stade de développement, tandis que celles du premier et du deuxième stade demeurent intactes. Le cordon postérieur affecté de cette façon a le même aspect que le cordon postérieur arrivé au deuxième stade de son développement, puisqu'on n'y trouve pas de fibres relevant des stades trois et quatre; cette ressemblance s'applique aussi bien aux régions lombaires qu'aux régions dorsale et cervicale inférieure. — Il est des cas dans lesquels la lésion porte sur les fibres des deuxième et troisième stades de développement. La lésion est alors surtout accusée dans la partie moyenne du cordon postérieur; déchéance des fibres des deuxième et troisième stades de développement; intégrité de celles relevant du premier stade; dégénérescence moyenne du segment postérieur du cordon, dans lequel les fibres du quatrième stade demeurent intactes. La moelle dorsale et cervicale inférieure est surtout, à raison de la répartition des fibres des deuxième et troisième stades, lésée dans la partie moyenne du faisceau de Goll; il y a altération des segments postérieurs du faisceau de Burdach. Le tabes est donc aussi au point de vue embryogénique, une affection systématique, et, le plus habituellement, une affection systématique combinée.

Discussion : M. H. Sachs. — M. Flechsig, au dernier congrès des naturalistes, a présenté des préparations d'embryons sur lesquelles on constatait la présence des fibres du troisième stade de développement. Il a également présenté des préparations empruntées à un tabétique dans lesquelles les fibres en question avaient dégénéré exactement à la même place.

M. Pick. — *De l'association des troubles oculaires d'origine hystérique avec des troubles oculaires d'origine organique.* (Publié *in extenso*[1].)

M. Freund présente des *schémas destinés à enregistrer l'état de la sensibilité.* On les trouve chez Hirschwald, de Berlin.

M. Hahn présente des *photographies de coupes transverses et perpendiculaires à travers un hémisphère cérébral* grossi deux à trois fois. On les trouvera dans le récent ouvrage de Sachs, *sur la substance blanche du cerveau* colorée par la méthode de Pal.

M. H. Sachs, en présentant des *préparations d'écorce du cerveau*, signale la *modification apportée à la coloration myélinique de Weigert*,

[1] Voir *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

par Lissauer. Les coupes, aussi minces que possible, de l'organe durci dans le liquide de Muller, non traitées par le cuivre, sont chauffées avec prudence dans une solution d'acide chromique à 1 p. 100 jusqu'à ce que les premières bulles se dégagent, puis on les lave rapidement à l'eau, et on les chauffe à nouveau avec la même prudence jusqu'à formation de bulles, dans la solution d'hématoxyline de Weigert. Puis, à l'exemple de Pal, on les décolore à l'hypermanganate de potasse et à l'acide sulfureux. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* XLIX, 1, 2.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

Séance du 15 mars 1892[1]. — Présidence de M. Zinn, aîné.

M. P. Nœcke. — *Crime et folie chez la femme.* — Après avoir examiné cette question au point de vue de l'anthropologie biologique (*séance du 15 décembre 1890*), l'auteur la traite aujourd'hui au point de vue clinique et pratique. Voici 100 femmes aliénées qui se décomposent en deux groupes. Un groupe de 53 comprend des malades provenant de divers établissements pénitentiaires. L'autre série, de 47, embrasse des aliénées ayant déjà subi une condamnation ou ayant été examinées par un magistrat instructeur.

Les 53 aliénées qui subissaient leur condamnation, de la première catégorie, pour la plupart d'un âge mûr, étaient soit domestiques (la moitié d'entre elles), soit ouvrières. Pour la plupart prostituées ou ivrognes, elles ne sont cependant pas désignées dans les dossiers comme telles ; pour 7 seulement on trouve la mention de filles publiques, une seule est désignée comme buveuse. Les délits commis se répartissent ainsi : 53 p. 100 ont volé, 15 ont incendié, 9 ont vagabondé et mendié, 7,5 ont tué ou essayé de tuer. La passion ne joue dans leurs actes aucun rôle; elles sont presque toutes des délinquantes par habitude, aussi en trouve-t-on 23,4 p. 100 qui ont subi plusieurs condamnations et il n'est pas rare d'enregistrer 48,1 p. 100 de récidives. Les pénalités prononcées sont surtout graves et longues. Dans 17 p. 100 des cas, l'aliénation mentale était indéniable à l'époque du dernier crime ou délit; elle était extrêmement probable en 24,5 p. 100; chiffres évidemment fantastiques par leur énormité.

Examinons maintenant le groupe des 47 aliénées ayant subi des

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, séance de décembre 1891.

condamnations antérieures. Le vagabondage domine ici ; l'assassinat y est très fréquent. Il y en a près de 20 p. 100 qui à l'époque de leur dernier crime ou délit étaient sûrement affectées de vésanies, la proportion des folles probables atteint 23,4. Cette proportion s'accroît encore si l'on note le nombre des délinquantes que le juge instructeur a reconnues malades et en faveur desquelles il a rendu une ordonnance de non-lieu. Les aliénées que nous désignons dans ce groupe présentaient au moment de leur admission dans l'asile les psychopathies les plus variées, mais la folie systématique tenait le premier rang. La folie morale était fréquente. Quelques-unes appartenaient au type criminel pur. L'hérédité n'existait que chez 20 p. 100 de ces malheureuses; les dossiers ne mentionnent pas la syphilis; l'alcoolisme est rarement signalé, il n'y est pas non plus fait mention de condamnations antérieures.

Quoi qu'il en soit, c'est la folie systématique qui grève ces cerveaux-là (79 p. 100) et la folie systématique avec hallucinations; l'auteur y fait rentrer le type de Meynert (désordre aigu dans les idées avec hallucinations et agitation maniaque). Il note également la dégénérescence mentale préalable et dans ce cas la terminaison de la maladie par la démence. La guérison constitue une fin rare. En tout cas, la psychose des prisons, causée par l'isolement et la détention, est un mythe, cela n'existe pas. Les particularités symptomatiques observées, telles que la rapidité du début en rapport avec l'explosion des hallucinations ou leur impériosité, le désordre dans les idées, la fréquence d'épisodes plus aigus venant compliquer le délire chronique, et, finalement la démence prompte, l'ensemble de ces caractères doit être mis sur le compte de la tare dégénérative déjà signalée. Rareté de la paralysie générale.

Comment faut-il assister et traiter les délinquantes ou criminelles aliénées? Celles qui sont difficiles à conduire doivent demeurer dans une annexe de l'établissement pénitentiaire, organisée comme un asile d'aliénées. Celles qui sont inoffensives, on peut sans inconvénient les transférer dans un véritable asile, à la condition de les y répartir avec discernement. Faire intervenir en pareil cas la question de l'honorabilité et de l'infamie est un peu exagéré; en effet ce sont toujours à des maladies organiques de l'espèce humaine que l'on a affaire, et, de même que dans les hôpitaux ordinaires, il n'est pas étonnant qu'il y ait des malades ayant eu maille à partir avec la justice. Puis, puisqu'à l'époque du dernier délit la plupart étaient aliénées, on les a condamnées à tort; par conséquent, ce sont des aliénées criminelles et non des criminelles aliénées.

Quel rapport y a-t-il entre le crime et la folie ! Ces deux accidents germent sur un terrain préparé par les géniteurs. Ce qui le prouve c'est la fréquence de la dégénérescence mentale congénitale chez les criminelles. Sans doute le crime, ne se produit pas

tout seul, il ne s'effectue que par une occasion; eh bien! mais la folie aussi, bien que la cause déterminante soit difficile, souvent impossible à mettre en évidence. Pour produire le crime, la syphilis, les excès alcooliques, les rigueurs de la vie, la mauvaise éducation, les mauvais exemples, une hygiène défectueuse, les privations les traumatismes, les grossesses, la réceptivité morbide déterminée par le vagabondage et autres causes de déchéance physique, viennent s'ajouter à la débilité mentale et au vice d'organisation cérébrale du prédestiné. C'est précisément le même ensemble de causes morbigènes qui vise le candidat à la folie : il peut donc débuter par la prison où il trouvera un nouvel élément en soi minime qui faisant déborder le vase provoquera l'aliénation mentale par laquelle un hasard différent eût pu le faire débuter avant qu'il ne versât dans le crime.

La responsabilité et la liberté volontaire ne sont donc en somme que de vains mots, l'atténuation de la responsabilité, voilà le salut. La transformation des établissements pénitentiaires en agents d'amélioration pour les condamnés à de courtes peines, en agents de préservation pour les condamnés à peines prolongées, voilà ce à quoi il faut tendre. Mais il ne faut pas se faire illusion, le criminel par habitude est incurable.

L'examen des délinquants par un psychiatre est de rigueur, il conviendrait également que le médecin ordinaire de la prison fût un aliéniste. On arriverait ainsi à décharger le ministère de la justice.

Discussion : M. Heimann. — La fréquence de l'épilepsie chez les criminelles aliénées m'a frappé. M. Nœcke n'en parle pas.

M. Mendel. Je ne vois pas sur quels éléments scientifiques on pourrait s'appuyer pour s'occuper des modalités des pénalités. Ces questions n'ont rien à faire avec le fonctionnement organique du cerveau. La responsabilité ne regarde pas davantage le médecin; se maintenant dans son rôle, il doit simplement décider si l'individu soumis à son examen est malade ou non.

M. Leppmann. Oui, parmi les criminels, prédomine la folie systématique et la dégénérescence mentale. Mais on constate aussi souvent la mélancolie stupide, qui affecte assez fréquemment la forme de la démence aiguë. L'isolement n'a pas d'influence nocive.

M. Cramer. — *Etat de la pression du sang dans les anomalies primitives de l'humeur.* Voici un fait des plus instructifs. Chez un malade atteint de folie circulaire, M. Cramer a constaté que la pression du sang diminue quand le stade de gaîté survient (dans le cas particulier le stade maniaque ne se manifestait pas par de l'agitation), et que cette pression augmente pendant le stade de dépression (anxieux). Ce fait est unique en son genre, parce qu'il permet d'éliminer deux facteurs qui peuvent à eux seuls entacher d'erreur

l'observation de la pression artérielle. Il n'y avait ni exagération de la fonction du muscle, puisque l'agitation faisait défaut, ni ces troubles de la nutrition qui se montrent dans la mélancolie chronique. M. Cramer s'est servi du sphygmomanomètre de Basch.

Il appert également de trois cents examens comparatifs que l'angoisse s'accompagne d'une élévation de la colonne mercurielle de 20 à 50 millimètres, suivant le degré de l'anxiété. Si l'on en rapproche la pâleur des muqueuses et des téguments externes constatée en même temps que ce symptôme, et l'état du pouls (petit et contracté), on peut en conclure que dans des territoires vasculaires relativement étendus, il se produit une contracture des vaisseaux pendant l'angoisse des mélancoliques. D'autre part, les recherches de la thérapeutique ont montré que le nitrite d'amyle dilate les vaisseaux et fait baisser la pression du sang ; la clinique a permis de constater que ce médicament faisait, au moins passagèrement, disparaître l'angoisse. Il est donc rationnel d'attribuer l'anxiété à la contracture des vaisseaux qui se traduit par l'augmentation de la pression sanguine.

Discussion : M. Knecht. Le sphygmographe confirme les résultats du sphymomanomètre. Le jeune maniaque a un pouls subdicrote ; ce qui permet de supposer un relâchement de la paroi vasculaire et une diminution de la pression sanguine. Chez les anxieux mélancoliques, surtout dans la pseudo-stupeur, on trouve un pouls hypertricrote ; il provient d'une extrême tension de la paroi vasculaire, le vaisseau n'admettant plus qu'une petite ondée sanguine et ne se laissant distendre que par force, sur une toute petite étendue : en d'autres termes, la pression est considérablement augmentée. Il en résulte une sorte de reflux du sang vers le cœur, la circulation de l'artère étant morcelée et comme forcée ; de là la sensation d'oppression épigastrique des mélancoliques, exactement comme chez les cardiaques.

M. Mœli complète oralement les explications fournies par M. Stieda sur les *préparations sèches d'encéphale* (*Neurolog. Centralbl.*, 1892)[1]. En soumettant des fragments de cerveaux, durcis préalablement dans l'alcool, à l'action successive de solutions de chlorure de calcium et de sulfate de soude, il les a pétrifiés. Mais on ne peut obtenir de résultats qu'en agissant sur de petites pièces : tubercules quadrijumeaux, ou cerveaux de petits animaux, antérieurement revêtus d'un vernis. Cette méthode échoue quand on a affaire à des encéphales ou à des hémisphères entiers. Depuis longtemps, M. Mœli applique à ces grosses pièces le procédé suivant. Généralement elles ont d'abord subi un durcissement, au moins partiel, dans la liqueur de Muller; on les met dans l'alcool, puis on les recouvre à plusieurs reprises d'un vernis à bon marché, en solution faible dans

[1] Voy. Revues analytiques.

la térébenthine. On peut se servir de ces préparations pendant longtemps.

Voici, par exemple, trois hémisphères qui à l'époque où on les a extraits des cadavres, pesaient à peu près le même poids. L'un a été soumis à l'esprit de bois (procédé de Richter), le second à la paraffine, le troisième au vernis. L'hémisphère le moins rétracté est celui qui a été traité par la paraffine ; il cube 270 centimètres cubes. Puis vient celui qui, durci dans l'acide phénique, a ensuite été verni (250 centimètres cubes). Celui qui a été traité par l'esprit de bois cube 205 centimètres. Le procédé au chlorure de zinc (procédé Stieda) donne un excellent durcissement.

Discussion : M. MENDEL. Les encéphales que lui a présentés Stieda sont encore moins rétractés que celui-ci. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.) P. KERAVAL.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'IDIOTIE[1].

Nous continuons l'exposé résumé des travaux publiés sur le traitement chirurgical de l'idiotie en le faisant précéder d'une courte note de M. Giacomo sur la microcéphalie.

§ VIII. — LE CERVEAU DANS LA MICROCÉPHALIE ; par le Dr GIACOMO. (*The N.-Y. Medical Record*, 1892, p. 139.)

Le Dr Giacomo a récemment publié des observations sur ce sujet. En voici le résumé. Le processus morbide déterminant la microcéphalie dépend essentiellement du système nerveux central, et la déformation (ou *malformation*) crânienne résulte du manque de développement cérébral. Il n'est pas de microcéphalie qui dépende, à l'origine, des os. Elle se rattache toujours au système nerveux. Cette condition n'est pas seulement limitée au cerveau. Il y a aussi la micromyélie.

Le système nerveux dans la microcéphalie ne présente aucune altération pathologique susceptible d'être produite par un arrêt de développement. Les cerveaux appartiennent tous au type humain, variant suivant la période de la vie embryonnaire, où se produit l'arrêt de développement, rangés par degré, depuis le

[1] Voir *Archives de Neurologie*, 1892, p. 131, 316 et 330.

cerveau qui est au-dessous de celui d'un adulte normal jusqu'à la limite de l'*anencéphalie*.

La formation de la substance corticale dans les cas extraordinaires, en dehors de l'arrêt manifeste de développement, a beaucoup de ressemblance avec celle de certains animaux, et peut être considérée comme un exemple d'atavisme par les *évolutionistes*, car cette formation n'a jamais existé pendant la période historique de l'espèce humaine.

§ IX. — Note sur la craniectomie linéaire; par le Dr Tuholske. (*Weekly Medical Review*, 21 novembre 1891, p. 415.)

M. le Dr Iry dit qu'il était certain que plusieurs cas ont été opérés d'une manière inexcusable. Ceci était une déduction générale tirée de son examen de la littérature sur le sujet, et non par rapport au cas rapporté par le Dr Tuholske. La description de son cas se rapproche d'une grande catégorie de cas de « *cerebritis* » infantile, dans laquelle le progrès de l'inflammation enveloppe la substance corticale, et à laquelle on a donné le nom de *Polio-encéphalite*. L'enfant est paralysé des extrémités, et il existe des troubles généraux de la nutrition. Le diagnostic, ainsi fait, contre-indiquerait la *craniectomie*. L'examen, fait à l'autopsie dans de pareils cas, révèle des processus inflammatoires étendus ou leurs résultats; dans d'autres circonstances, la dégénération des cellules nerveuses dans des portions particulières du cerveau, les suites d'une maladie étendue. Shrimple a donné à cette catégorie d'affections le nom de polio-encéphalite, à cause de sa ressemblance avec la poliomyélite de la corne antérieure de la moelle. Si un tel diagnostic pouvait être fait dans un cas donné, une opération ne serait pas justifiable.

Le Dr J.-K. Bauduy dit que le cas en discussion ne pourrait avoir été un cas de polio-encéphalite. En premier lieu, il n'y avait pas la plus légère manifestation de paralysie; l'intellect de l'enfant n'était pas fortement altéré, arrêté quelque peu seulement et diminué. Pourquoi était-il arrêté? pour la meilleure raison du monde; la fontanelle antérieure était complètement fermée, et de là, l'arrêt de développement du cerveau.

M. le Dr Broome dit qu'il croyait que l'opération n'aurait jamais de succès tant qu'on n'aurait pas agi sur la dure-mère comme sur l'os. Les opérations faites antérieurement ne l'ont été que sur l'os; la dure-mère n'offrant pas assez d'élasticité pour rendre heureuse l'opération, il sera nécessaire de remédier à l'obstacle de la dure-mère aussi bien qu'à celui de l'os. Aucun succès cependant n'a accompagné l'opération. Keen a fait six opérations jusqu'ici et il ne

rapporte aucun résultat. L'orateur ne savait pas que l'on eût jamais conçu cette opération, mais c'était la solution de l'insuccès de l'opération, car on n'avait rien fait pour combattre la pression exercée par la dure-mère aussi bien que par l'os.

M. le Dr Bremer. — Conseilleriez-vous de couper la dure-mère en même temps que l'os?

M. le Dr Broome réplique qu'il ne le conseillerait pas, mais que l'opération ne peut réussir tant qu'on ne trouvera pas un remède.

M. le Dr Barclay dit que dans ce cas l'opération aurait pu être très avantageuse si elle avait été faite sans percussion, ce qui était inévitable avec la méthode employée. Il y a plusieurs années, il fut fait une recommandation aux chirurgiens opérateurs de cette Société, d'employer l'instrument chirurgical à dents pour opérer sur l'os, pour lequel la contusion était un danger, car le caractère de l'os est tel que le danger peut résulter du glissement de l'instrument. Celui en question peut s'employer avec la plus grande justesse et très facilement. Il a été à plusieurs reprises rappelé à l'attention des chirurgiens par des médecins otologistes, comme étant souvent employé par eux et d'autres pour l'ablation d'exostoses du canal auditif. C'est la plus dure de toutes les tumeurs connues, et si l'on pense au danger de ciseler, la possibilité de briser la base du crâne, la percussion qu'il faut exercer, et la difficulté qu'on rencontre à travailler sur un endroit semblable, on finira par comprendre le grand avantage d'un tel instrument; l'opération se fera plus rapidement, avec plus de sûreté et sans danger pour le cerveau du malade.

M. le Dr Bauduy dit que son ami, le Dr Broome, avait fait quelques erreurs. Keen a opéré deux fois avec succès, et Lannelongue a accompli vingt-cinq fois l'opération de la craniectomie et n'a eu que deux décès. Ce n'est pas seulement une question de la sûreté de l'opération; celle-ci est naturellement chose essentielle pour le chirurgien, mais c'est une question des résultats définitifs de l'opération. Il est prématuré de faire aucune prédiction positive quant au résultat de cette opération. Il faut attendre; il faudra probablement plusieurs années pour les développer. Nous espérons pouvoir à une certaine époque rendre compte du résultat de la Société et nous avons confiance en son issue favorable. Physiquement, cet enfant était presque un Adonis, il avait un beau développement physique.

Si on consulte ce que dit le Dr Broome au sujet de la dure-mère, il dit qu'elle s'accommodera d'elle-même à l'accroissement du cerveau, mais si elle ne peut se développer, l'hémisphère cérébral ne le peut non plus, parce qu'il est renfermé dans une cavité osseuse; mais si on en enlève l'os, ça permettra le développement de la dure-mère, et elle se développera.

Les injonctions du Dr Barclay au sujet de l'emploi du ciseau et du maillet sont certainement excellentes. Elles constituent une source de danger, celui provenant de la concussion, de la vibration ou du contre-coup; mais il n'est pas nécessaire d'employer l'outil chirurgical ou le ciseau et le maillet, parce que au moyen de la pince que Keen emploie presque exclusivement, nous avons un moyen sûr qui exclut l'usage du ciseau, du maillet ou du trépan. Dans des conditions aseptiques et antiseptiques le malade est bien certain de guérir de l'opération; mais ce qu'il faut le plus considérer, ce sont les conséquences futures, l'amélioration de l'intelligence de l'enfant. Après l'opération, le cerveau aura la facilité de se développer, et nous connaissons d'après des opérations de Lannelongue, celles faites par des chirurgiens de cette ville, et par Keen, que l'amélioration mentale s'en est suivie.

M. le Dr Hurt dit : le Dr Bauduy a parfaitement établi que la dure-mère se fait elle-même au développement du cerveau; et le crâne ne fait-il pas de même? Est-ce que d'ordinaire les crânes humains ne croissent pas après la fermeture des sutures et des fontanelles? La question est celle-ci : pourquoi chez quelques enfants les sutures se ferment-elles dans l'enfance? Est-ce par ce que l'activité du système osseux l'emporte sur celle du système cérébral? S'il nous était possible de connaître que le cerveau de l'enfant croissait d'une façon normale, et qu'il était réellement arrêté, parce que les fontanelles s'étaient fermées, et qu'il ne lui était pas facile de se développer, il y aurait là un point qui nous indiquerait la nécessité d'une opération. Mais si la réunion des sutures est la conséquence de l'arrêt du développement, ou bien le défaut de développement des organes cérébraux, l'opération sera un insuccès. Si la nutrition du cerveau est normale, ainsi que son développement, comment les sutures peuvent-elles se fermer d'une façon anormale et prématurée? Et même fussent-elles fermées, le cerveau ne devrait-il pas trouver un moyen de se faire lui-même à ce défaut? le crâne se familiarise généralement à la croissance du cerveau. C'est ainsi que le fait se produit pour les carapaces des tortues; la tortue ne s'arrête pas dans son développement lors même que son corps a rempli complètement son enveloppe; de même la carapace ne cesse de croître jusqu'à ce qu'elle ait atteint son complet développement.

M. le Dr Bremer dit : « Cette discussion montre de nouveau combien peuvent être contradictoires les témoignages de témoins oculaires. Il y a ici des hommes dignes de foi qui ont vu le même cas, et cependant leur témoignage est de beaucoup différent. Le témoignage se rapporte cependant aux résultats de l'opération. Un passage des remarques du Dr Tuholske donna la note de la situation qui était celle-ci : « Le docteur ne vit aucune amélioration, mais

la mère, elle, la vit. » Rien de plus naturel n'a été accompli dans des cas aussi désespérés après une opération, la mère qui aime, la mère ou le père qui espèrent, tous les parents, en un mot, verraient quelque amélioration. L'orateur craint que les améliorations rapportées ne soient de ce caractère.

Naturellement, avec le temps, le mieux se produira ; les enfants microcéphales ne restent pas toujours à un degré inférieur d'intelligence, mais elle se développe jusqu'à un certain point, et il est assez naturel que cette amélioration, qui aurait lieu à un degré quelconque, soit attribuée à l'opération. Quoique l'orateur n'ait pas une entière confiance dans cette opération, il a pensé que, lorsqu'elle est légitime, elle devrait être essayée. Il s'était exprimé dans sa note d'une manière plutôt obscure au point de vue des résultats définitifs, mais ceci est, en grande partie, une marque du caractère propre de chacun; d'aucuns sont optimistes, d'autres pessimistes; les uns voient de l'amélioration là où d'autres constatent un mouvement rétrograde, et par conséquent, certains voudront qu'il soit fait une opération, d'autres ne l'appuieront pas; ceci dépend d'une opinion toute personnelle. On lui apprit qu'il avait vu ce cas un an auparavant et avait dit qu'il n'y avait rien à faire à cette époque. Il est de fait qu'alors on ne savait que peu de chose sur la craniotomie linéaire; des cas semblables avaient été trépanés avec un certain succès, mais il n'avait pas grande confiance dans cette opération, et conseilla aux parents de ne rien faire pour leur enfant. Cependant, en face du pronostic absolument mauvais et de l'avenir malheureux réservé à de tels enfants, il est juste qu'on cherche à se raccrocher aux branches et qu'on fasse l'opération.

M. le Dr Tuholske termine la discussion en disant que le sujet n'était pas de son choix ; il ne se sentait pas d'enthousiasme pour la craniectomie linéaire; il a essayé de présenter ce sujet avec impartialité, montrant les bons résultats obtenus et les mauvais déjà connus. Il est impossible jusqu'à présent de dire si on tirera on non un avantage, il est prématuré de rapporter ce cas maintenant; et il se passera probablement huit mois ou un an avant qu'on en connaisse le résultat. Il n'aurait pas, dit-il, rapporté ce cas aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, si on ne lui avait pas demandé d'écrire sur ce sujet. Il a pensé qu'il n'est pas question du diagnostic. Le Dr Fry a mal compris le rapport du cas, parce qu'il n'y avait pas de symptômes de paralysie; il y avait quelques contractures des muscles; l'enfant remuait les bras, et il n'y avait pas de perte de sensibilité ni rien de ce genre.

Le cas avait été examiné par les Drs Bauduy et Bremer, et si l'orateur avait eu quelque doute au sujet du diagnostic, il l'aurait exposé et se serait considéré simplement comme un instrument en faisant le travail mécanique indiqué. Le Dr Bremer se fait à lui-

même une légère injustice, si le malade me l'a fidèlement répété. Le Dr Bremer aurait dit que : « Actuellement il n'y avait rien à faire dans ces cas, mais qu'il croyait que l'époque n'était pas bien éloignée où l'on arriverait à opérer pour tâcher d'apporter quelques soulagements à ces malades. » Il y a de cela plus d'un an. Il ne faut pas perdre de vue le danger du ciseau et du maillet. L'opinion de l'orateur était qu'on ne devrait pas en faire usage. La chose la plus heureuse du monde serait que le petit malade ne mourût pas.

M. le Dr Bremer expliqua que le Dr Tuholske avait été choisi pour lire un travail sur ce sujet, parce qu'il était le seul chirurgien de cette ville qui eût accompli l'opération, et on désirait obtenir l'expérience personnelle de ceux qui ont lu ces notes.

§ X. Craniectomie dans la microcéphalie.

M. Victor Horsley rapporte le cas suivant. Le malade était un garçon âgé de trois ans, qui, dit-on, avait eu une attaque à quatorze jours, mais plus rien ensuite. Cet enfant avait des colères bruyantes, n'était jamais tranquille, et avait parfois une expression idiote de la physionomie. Quand il prenait la nourriture, on était obligé de la pousser au fond de la bouche, ou bien il ne l'avalait pas, et il faisait tout sous lui. Sa tête décelait un microcéphalie bien marqué; les sutures étaient ossifiées, et les bases des os étaient bien marquées. Pas d'asymétrie de la tête ou de la face. Les pupilles inégales, la gauche plus petite, toutes deux réagissant bien à la lumière. Le fond des deux yeux était normal. Les réflexes profonds, bien marqués, mais pas exagérés. Une opération ayant été décidée, la peau et le périoste furent découverts. Un morceau d'os de quatre pouces de long et d'un demi-pouce à sa partie la plus large, terminé en fuseau vers les extrémités, fut alors enlevé du côté gauche du crâne, près de la ligne médiane; le morceau enlevé étant légèrement arqué vers le bas à chaque extrémité. On n'employa pas de drains; et en huit jours la plaie était parfaitement cicatrisée. Pas d'élévation de la température. On constata une amélioration distincte dans l'expression du malade, au bout du troisième jour. Ensuite, on vit que les mouvements de la tête étaient beaucoup moins fréquents et que l'expression idiote avait disparu en grande partie, et les parents et le médecin furent frappés de l'amélioration produite chez l'enfant. Dans un second cas, le résultat fut moins heureux. Le malade était un garçon, âgé de sept ans, et on lui enleva un grand morceau d'os; mais l'enfant mourut de pyrexie, que M. Horsley croit être due à la trop grande extension de l'opération et à la basse organisation des centres thermotaxiques, étant incapables de résister aux influences traumatiques défavorables amenées par l'opération. (*Brit. Med. Journal*, 12 septembre 1891 et *The Practitioner*, novembre 1891, p. 365.)

§ XI. Craniotomie pour névrite optique double avec microcéphalie; par Miller.

Miller (*British Medical Journal*, n° 1647, p. 176) a rapporté le cas d'un enfant mâle âgé de huit mois, présentant de la microcéphalie et une névrite optique double. L'épine et les extrémités étaient presque constamment étendues et rigides. Les pouces étaient susceptibles d'adduction et les doigts se fléchissaient; les jambes, adduction normale et croisement. Les parties génitales étaient mal développées. Il existait du nystagmus et du strabisme interne. Les globes de l'œil étaient profondément enfoncés dans les orbites. Les os de la face étaient bien développés. Les incisives centrales inférieures étaient bien plantées dans les gencives; toutes les sutures crâniennes étaient complètement ossifiées et les fontanelles oblitérées. On a délivré la mère avec le forceps. Les éminences osseuses du crâne étaient peu marquées; le front en arrière et étroit; circonférence de la tête au-dessous de la normale. L'enfant était bien bâti, mais agité, il criait beaucoup et était habituellement constipé. Son activité intellectuelle était peu déployée. On lui fit l'opération de la craniectomie; on lui enleva un demi-pouce d'os sur une étendue de 3 pouces. L'amélioration se fit sentir immédiatement, bien marquée et progressive. (Anal. du *Medical News*, 24 septembre 1892.)

BIBLIOGRAPHIE

VI. *Les troubles du langage chez les aliénés;* par J. Séglas, 1 vol. in-12. (*Bibl. médicale*, Charcot-Debove.) Rueff, éditeur, Paris, 1892.

La question des troubles du langage chez les aliénés ne laisse pas d'être fort étendue et complexe. Les éléments épars de divers côtés ont été groupés par M. Séglas qui a ajouté de nombreux documents personnels et a apporté à l'examen des faits connus l'ingéniosité de sa critique et de ses interprétations. Pour mettre un peu de clarté dans un sujet si vaste il a commencé par dresser un tableau synoptique des troubles du langage parlé, qui tiennent à trois choses : 1° des troubles intellectuels avec intégrité de la fonction langage; ce sont les *dyslogies* qu'il examine au point de vue des modifications de la rapidité, de la forme, de la syntaxe et du contenu; — 2° à des troubles de la fonction du langage; ce sont

les *dysphasies*, qui sont tantôt organiques, tantôt fonctionnelles (amnésies verbales transitoires, hallucinations verbales, impulsions verbales) ; — 3° enfin à des troubles de la parole; ce sont les *dyslalies,* qui résultent d'une éducation défectueuse de la parole, de malformations congénitales ou accidentelles, de maladies du système nerveux central ou périphérique, ou de laloneuroses spasmodiques.

Il est difficile d'analyser un travail aussi touffu, et où l'auteur a jeté presque à chaque page quelque idée neuve et personnelle. Quoique le mieux que nous puissions faire est d'en recommander la lecture, nous signalerons les chapitres les plus intéressants et les plus originaux.

Le mutisme vésanique est analysé avec grand soin. Il peut être absolu ou relatif, continu ou intermittent; mais ce qui est plus important, c'est qu'il peut être involontaire ou volontaire. Tantôt il s'agit d'un fait d'aboulie; il résulte de la difficulté que les malades ont à exprimer leur pensée parce qu'ils sont incapables de l'effort d'attention nécessaire pour faire la synthèse indispensable à la construction de la phrase. Tantôt le mutisme résulte d'un arrêt total de la pensée. Dans certains cas, c'est une hallucination qui interdit au malade de parler; ou bien le malade se tait en vertu d'une idée délirante, mélancolique ou de persécution. Il est enfin des cas où le mutisme est de nature hystérique.

Signalons en passant les pages sur le langage émotionnel et le langage réflexe, pour en arriver à un chapitre des plus intéressants, celui des hallucinations verbales. M. Séglas, dont les travaux sur les rapports des hallucinations avec la fonction langage sont trop connus pour que nous les rappelions ici, ne pouvait manquer de traiter cette question de main de maître. Il étudie successivement les hallucinations verbales auditives, visuelles et psycho-motrices. Ces dernières sont l'objet d'une étude approfondie. Il les distingue avec soin de l'impulsion verbale et de la parole involontaire et inconsciente.

Il passe ensuite en revue les hallucinations verbales en clinique mentale. Il montre que contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici, il fallait admettre des obsessions hallucinatoires, et distinguer deux cas : 1° ou bien l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination qu'elle provoque (obsession hallucinatoire); 2° ou bien l'hallucination a une existence indépendante, avec tous les caractères communs aux obsessions en général (hallucination obsédante).

Les troubles du langage écrit sont traités avec la même méthode et la même clarté. M. Séglas examine d'abord les modifications de la façon d'écrire, puis le nombre et l'aspect général des écrits, dont il donne des exemples caractéristiques et originaux, puis la valeur qu'il faut attacher aux écrits, leur forme et leur contenu

en général, la logique qui s'y rencontre, et les particularités, souvent typiques, qu'on observe dans leur rédaction, enfin les modifications de la syntaxe et des signes graphiques eux-mêmes. De nombreuses reproductions d'autographes d'aliénés illustrent cette seconde partie. Tous ces troubles sont les résultats de troubles intellectuels avec intégrité de la fonction langage. A côté d'eux se placent ceux qui tiennent à des troubles de cette fonction; ce sont les disgraphies, qui se distinguent en organiques et fonctionnelles, les hallucinations verbales motrices graphiques et les impulsions graphiques, l'écriture involontaire et inconsciente. Enfin les derniers troubles du langage écrit sont les troubles de l'écriture elle même, qui tiennent à une éducation défectueuse, ou à des malformations congénitales ou accidentelles, ou encore à des maladies organiques ou fonctionnelles du système nerveux, ou enfin constituent une névrose spéciale, la crampe des écrivains. Un appendice consacré aux dessins des aliénés termine la seconde partie.

La troisième partie comprend l'étude des troubles du langage mimique. C'est là un sujet encore bien vague et où les recherches sont très délicates à poursuivre. Il serait intéressant, pour arriver à quelques données plus précises, d'employer la photographie instantanée.

Si nous avions une critique à formuler, ce serait d'avoir peut-être un peu trop négligé, à propos des différents troubles examinés dans le langage, leur valeur séméiologique au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections mentales où ils se rencontrent. En tout ce qui touche au contraire l'aspect clinique et la pathogénie de ces différents troubles, nous ne pouvons que signaler tout l'intérêt qu'il peut offrir non seulement aux aliénistes, mais encore aux psychologues. P. S.

VII. *Paralysies et contractures hystériques;* par Paul Richer. 1 vol. in-8° de 222 pages. Paris, 1892, O. Doin, éditeur.

Il y a une dizaine d'années que M. Richer avait présenté ce travail à l'Académie de médecine, qui lui avait décerné le prix Civrieux. Les progrès faits sur cette question depuis lors ont forcé l'auteur à le revoir pour le mettre au courant de l'état actuel de nos connaissances. Mais le fond est resté le même, et il est essentiellement clinique. Les faits bien observés gardent toujours leur valeur propre. M. Richer ne s'occupe que des paralysies et des contractures permanentes, et laisse de côté celles qui se montrent dans l'attaque d'hystérie. Son ouvrage est divisé en deux parties : dans la première, il étudie les paralysies et les contractures hystériques en général; dans la sconde, il les examine en particulier. Au point de vue étiologique, il relève l'influence des attaques convulsives et de leurs diverses variétés, l'influence de la disparition

d'un autre symptôme hystérique, celle de divers états morbides, tels que les fièvres graves, celle du traumatisme et enfin des impressions morales.

La symptomatologie des paralysies est exposée avec de grands détails. M. Richer distingue : 1° l'amyosthénie, qui n'est qu'un léger degré de la paralysie; 2° la paralysie vulgaire qui répond aux cas les plus communément observés; 3° la paralysie par suppression des mouvements coordonnés (astasie-abasie). Il analyse leurs caractères : rarement complètes, elles atteignent également les muscles antagonistes; les troubles de nutrition y sont rares, la contractilité électrique est conservée, caractere diagnostique important; les troubles de la sensibilité sont très fréquents; tandis que les réflexes cutanés sont abolis, les réflexes tendineux sont ordinairement exaltés.

Comme transition à l'étude des contractures, un chapitre est consacré à la diathèse de contracture. D'intéressants graphiques rendent compte de l'influence produite par des courants électriques sur les muscles contracturés.

Quant aux contractures proprement dites, M. Richer en distingue deux formes : 1° contracture hystérique permanente se subdivisant en deux variétés suivant l'état d'anesthésie ou d'hypéresthésie de la peau; 2° contracture hystérique de forme psychique. Il insiste sur la différence symptomatique, plus apparente que réelle, croyons-nous, de ces deux formes. La contracture vulgaire aurait un caractère d'intensité invariable, tandis que la contracture psychique serait moins marquée et plus modifiable. La première ne disparaît pas pendant le sommeil, tandis que la seconde disparaît. L'attitude des membres dans la première serait la flexion pour le membre supérieur, l'extension pour l'inférieur; dans la seconde les attitudes n'obéiraient à aucune loi. Les troubles de la sensibilité presque constants dans la première et modifiables par les æsthésiogènes sont rares dans la seconde, et sont rebelles à ces agents.

M. Richer, passant ensuite à la physiologie pathologique des contractures et des paralysies hystériques, défend l'opinion que la contracture n'est qu'une forme de l'activité musculaire, et n'est qu'une exagération du tonus musculaire. Quant aux preuves du siège cérébral de quelques formes de la contracture hystérique, il les range en deux ordres, les unes tirées de l'expérimentation, les autres de la clinique.

Après quelques pages judicieuses consacrées au traitement, M. Richer aborde l'étude des contractures et paralysies localisées, monoplégies, hémiplégies, paraplégies, quadriplégies, puis celle des paralysies et contractures partielles proprement dites, telles que le blépharospasme, l'hémispasme glosso-labié, le trismus, la paralysie faciale hystérique, le torticolis paralytique et par contrac-

ture, la coxalgie hystérique, les paralysies et contractures du diaphragme, celles du larynx, le mutisme hystérique, les spasmes laryngés, la dyspnée hystérique, la dysphasie, les vomissements, la tympanite, le spasme anal, et enfin, les paralysies à contractures des organes génito-urinaires.

De nombreuses observations apportent leur témoignage clinique aux assertions de l'auteur, qui, avec son talent ordinaire, a illustré le texte d'un assez grand nombre de figures, qui donnent plus de vie aux descriptions. P. Sollier.

VIII. *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, par le Dr P. Blocq. (*Bibliothèque* Charcot-Debove.) Paris, Rueff, édit. 1892.

On sait toute la valeur qu'ont au point de vue séméiologique les troubles de la marche dans les maladies du système nerveux. En faisant une étude d'ensemble de ces troubles, M. Blocq, tout désigné déjà par son mémoire aujourd'hui classique sur l'astasie-abasie, ne pouvait manquer de faire une œuvre intéressante.

Il rappelle d'abord les principes de la marche normale, tant au point de vue physiologique qu'à celui de la psychologie physiologique, et montre combien la multiplicité des associations nécessaires à la fonction de la marche, associations qui peuvent être atteintes isolément, rend compte de la grande variété des troubles qu'on peut observer dans cette fonction.

Il expose rapidement dans quelles affections du système nerveux on rencontre des troubles de la marche, puis aborde un des chapitres les plus importants, celui de leur pathogénie. Il désigne d'une façon générale les troubles de la marche sous le nom de dysbasie. Les fonctions du système nerveux se réduisent en dernière analyse : motilité, sensibilité, intelligence et trophicité ; on a les *dysbasies motrices*, *sensitives*, *psychiques* et *trophiques*. Suivant que la fonction est *abolie*, *troublée* ou *exagérée*, on a trois sous-groupes dans chaque variété. Les dysbasies motrices peuvent être akinétiques (paralysies), parakinétiques (convulsions), hyperkinétiques (contractures, spasmes). Les dysbasies sensitives sont tantôt anesthésiques (marche ataxique), tantôt presthésiques (titubation), tantôt enfin hypéresthésiques. M. Blocq insiste sur les dysbasies psychiques dont l'intérêt est en effet considérable. Il les distingue en afonctionnelles, parafonctionnelles et hyperfonctionnelles. L'astasie-abasie, qui peut être regardée comme une akinésie psychique systématisée, forme le premier groupe. Dans les dysbasies parafonctionnelles, l'auteur place les dysbasies amnésiques (Séglas et Sollier), les dysbasies émotives (Binswauger, Séglas), les dysbasies abouliques et l'ananabasie de M. Régis. Il range enfin les automatismes ambulatoires dans les dysbasies hyperfonction-

nelles. Mais, outre que la question de la pathogénie de ces accident est loin d'être élucidée, on ne peut guère, à mon avis, les faire rentrer dans les troubles de la marche. Les dysbasies trophiques se distinguent de même en atrophiques (atrophies musculaires), paratrophiques (dystrophies musculaires, arthropathies, paralysie agitante), et hypertrophiques (maladie de Thomsen).

Les différents troubles de la marche étant ainsi clairement classés, l'auteur consacre quelques pages à la technique à employer pour les examiner, puis arrive à leur description dans les différentes affections du système nerveux, en n'entrant, bien entendu, dans les détails que pour les types principaux. A cet égard, il divise d'abord la marche pathologique en unilatérale et bilatérale, suivant que l'un ou les deux membres inférieurs sont pris. La démarche bilatérale peut, à son tour, être rectiligne ou titubante. Enfin, dans chacun de ces trois cas, la démarche est ou non spasmodique, ce qui donne lieu à sous-division.

La marche unilatérale non spasmodique peut être douloureuse, comme dans la sciatique, ou paralytique comme dans certaines paralysies partielles, dans la paralysie infantile, dans l'hémiplégie flasque hystérique avec démarche hélicopode. La marche unilatérale spasmodique (marche hélicopode ou en fauchant) se rencontre dans les dégénérations descendantes du faisceau pyramidal.

La marche bilatérale, rectiligne, non spasmodique peut affecter trois types. — Le type paraplétique (chorée molle, polynévrites, myélite diffuse); le type de flexion ou du stepper (pseudo-tabes, myopathies); le type ataxique (ataxie locomotrice). — La marche bilatérale spasmodique se divise en deux classes selon qu'il s'agit d'un spasme tonique ou clonique. La variété tonique revêt trois types : paralytique, myotonique (maladie de Thomsen), et parkinsonnien. La variété clonique revêt trois types également : saltatoire, choréique et orthétosique.

La marche abasique forme un groupe intermédiaire et peut être paralytique (ou parétique), ou ataxique et alors tantôt choréiforme, tantôt trépidante. La marche titubante non spasmodique se rencontre dans les affections du cerveau et du cervelet, dans la maladie de Ménière; spasmodique elle s'observe dans la sclérose en plaques.

Mais ces différents types peuvent se combiner dans une certaine mesure, et donner alors lieu à un groupe que M. Blocq appelle: marches mixtes. C'est ainsi que les scléroses combinées offrent une démarche à la fois ataxique et paraplégique, que la démarche de la maladie de Friedreich est à la fois titubante et ataxique, que celle de la paralysie générale est titubante et paralytique, etc.

Les types cliniques de la démarche étant ainsi connus, M. Blocq en résume le diagnostic et la sémeiologie, implicitement contenus dans leur exposé, et il termine par quelques considérations sur le

traitement, qui n'a guère d'ailleurs d'intérêt en lui-même que dans les cas de dysbasies fonctionnelles.

Une grande clareté d'exposition est une des qualités maîtresses de ce petit livre. La classification de l'auteur est très simple, très naturelle aussi, et ne contribue pas peu à apporter de la lumière dans une question en apparence complexe. Bien des points sont encore dignes d'être repris et étudiés. Les mettre en évidence et appeler l'attention sur eux constitue encore un mérite de ce travail d'ensemble, le plus complet qui ait été encore fait, à notre connaissance. P. S.

IX. *Syphilis du système nerveux (Syphilis and the nervous systems)*; par W.-R. Gowers. London, 1892. J. et A. Churchill., édit.

Ce volume renferme les conférences faites en 1890 par l'auteur à la Société médicale de Londres; elles sont au nombre de trois. La première est consacrée à la pathologie de la syphilis; l'auteur y passe en revue les caractères des néoformations syphilitiques qu'il divise en spécifiques et non spéciales, celles étant représentées par les gommes et les artérites, celles-ci par des lésions inflammatoires et y établit l'apparente analogie qui existe entre l'effet de certains poisons organiques et chimiques, et l'action de la vérole. La seconde leçon a trait aux symptômes nerveux attribuables à la syphilis; leur diagnostic est souvent possible d'après les caractères de siège et d'évolutions des lésions. L'auteur y passe en revue les symptômes et le diagnostic de nombreux processus syphilitiques du système nerveux, gommes, méningites chroniques cérébrales localisées, artérites et leurs conséquences, thromboses et ramollissement névrosique du cerveau. Il insiste en particulier sur les paralysies des yeux, et sur leur valeur sémeiologique dans le diagnostic des neuropathies syphilitiques. Dans la dernière section M. Gowers a surtout en vue d'en poser le pronostic des affections nerveuses d'origine syphilitique. Nombre de symptômes dépendent non pas de processus spécifiques, mais d'altérations banales; or, le traitement exerce un effet direct sur les processus spécifiques, de sorte que la persistance des troubles, malgré le traitement montre que ceux-ci se rapportent à des lésions non spécifiques. L'ouvrage se termine par des considérations pratiques d'un très grand intérêt sur l'action propre du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement, et sur le mode d'administration de ces médicaments, le plus propre à prévenir ou à guérir les accidents. P. Blocq.

VARIA

ASSISTANCE DES ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS.

La Commission inter-départementale, réunie à Avignon, le 2 février, a été à l'unanimité, favorable au projet de création d'une colonie régionale pour les enfants arriérés. Elle a adopté les conclusions suivantes : 1° l'utilité d'un établissement inter-départemental pour les enfants arriérés, est reconnue ; 2° le principe de sa création a été adopté; 3° le département sur lequel l'établissement sera construit aura à fournir le terrain, les constructions. L'ameublement et le matériel seront à frais communs. La dépense sera couverte au moyen d'un emprunt amortissable en trente ans. Pour l'amortissement de cet emprunt, les départements auront à payer le même nombre de centimes. Le prix de journée sera le même pour tous les départements syndiqués.

La Commission invite l'Administration à faire établir le nombre d'enfants arriérés dans chaque département syndiqué, et à autoriser l'architecte départemental à se mettre en rapport avec le Dr Rey, membre de la Commission, rapporteur, pour dresser sur ses indications un avant-projet de l'établissement. Il y a lieu de renouveler les propositions déjà faites aux départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes et de la Drôme.

La Commission se compose de MM. le Dr Cunéo, directeur du service de santé de la marine, à Toulon, conseiller général du Var, président; Dr Segalas, conseiller général du Var; Dr Allemand (Basses-Alpes); Martin (Hautes-Alpes); Dr Lemoine (Vaucluse); Dr Rey, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Marseille, etc., etc.

LES TRANSFERTS DES ENFANTS ALIÉNÉS.

Le 16 mars 1891, le père de l'enfant March..., que nous prévenions officieusement du transfert de son enfant à l'asile de Bourg, nous supplie en pleurant de conserver son enfant à Bicêtre. Le père est né à Marseille de parents lorrains et la mère est de Meurthe-et-Moselle. Le père du père de l'enfant étant douanier fut envoyé à Marseille, d'où sa naissance, à lui Lorrain, dans cette ville. Il a acheté plus tard une étude de notaire dans un canton de l'Ain, puis est venu habiter Paris. D'où il suit que l'enfant n'a AUCUN PARENT dans l'Ain. Et c'est ce département qui le réclame; c'est là qu'est son domicile de secours.

L'INSTRUCTION PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL DE SURVEILLANCE CHEZ LES ALIÉNÉS, par le Dr PEETERS. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, 1892.)

Courte note destinée, dans l'esprit de son auteur, à servir d'introduction à une discussion approfondie sur les moyens à mettre en œuvre pour généraliser et compléter l'instruction professionnelle du personnel de surveillance des asiles belges. G. D.

MESURES LÉGISLATIVES AYANT COURS DANS LE CANTON DE SAINT-GALL, (EN SUISSE), POUR COMBATTRE LES EXCÈS DE BOISSONS SPIRITUEUSES. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

Une loi en vigueur depuis juillet 1891 permet la séquestration d'un buveur dans un asile spécial. La séquestration prévue est de neuf à dix-huit mois, soit par placements volontaires soit par placements d'offices. Nécessité d'un certificat médical émanant d'un médecin fonctionnaire, de demandes de placements officieuses ou o fficielles adressées au conseil communal et sanctionnées ensuite ou non par le conseil du gouvernement. Les dépenses sont à la charge des intéressés ou, en cas d'indigence, de l'assistance publique. L'Etat, au besoin, participe à ces charges et, en des cas exceptionnels, fait parvenir des subsides à la famille du malade. Un mois avant l'époque présumée de la sortie de l'alcoolique, l'asile adresse un rapport sur l'état du malade aux fonctionnaires qui l'ont fait séquestrer; si la guérison n'est pas complète, on prolonge la séquestration. Un tuteur sera nommé au séquestré ou même avant la séquestration, pourvu qu'un rapport d'un médecin fonctionnaire constate l'affaiblissement intellectuel ou l'énervement de la volonté causé par l'usage immodéré des boissons alcooliques. P. K.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr DUPAIN, médecin-adjoint de l'asile public de Bailleul, est nommé à l'asile public d'Alençon et maintenu dans la 2e classe du cadre (14 décembre 1892; M. BRESSON, directeur de l'asile public d'aliénés de Montdevergues, est promu à la 1re classe du cadre, 7,000 fr. (16 décembre 1892); M. le Dr DUBIEF, directeur de l'asile public de Saint-Pierre de Marseille, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Bron (Rhône) et maintenu à la 1re classe du cadre (19 décembre

1892); M. JOSSERAND, directeur de l'asile public du Mans (Sarthe), élevé à la 2e classe, 6,000 fr. par an, effet du 1er janvier 1893 (24 janvier 1893); M. le Dr DUPAIN, médecin-adjoint à Alençon, promu à la 1re classe à dater du 1er mars 1893 (4 février 1893); M. le Dr ALLAMAN (concours 15 décembre 1891, Montpellier), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord) en remplacement du docteur Dupain nommé à Alençon (8 février 1893).

CONCOURS POUR L'INTERNAT DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. (*Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police*). — Le lundi 12 décembre 1892, à midi précis, il a été ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1893.

Les questions orales ont été les suivantes : 1re Séance : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë; hernie crurale. — 2e Séance : Hémoptysie; fractures de l'extrémité inférieure du radius. — 3e Séance : Insuffisance mitrale: fracture de côtes. — 4e Séance : Pleurésie purulente; luxation de la mâchoire. — Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Ecart (47 points); Trénel (47 p.); Le Maître (45 p.); Baruk (45 p.); Bourdin (43 p.); Coulon et Leroy (*ex æquo*) (42 p.); Bresson (42 p.); Couillaud (41 p.); Barbary (40 p.); Thibaud (40 p.); Darin (40 p.); Autheaume (30 p.); Moundlic (39 p.); Tsakiris (38 p.); de Fontréaulx (39 p.); Wintrebert (37 p.); Iscovesco (35 p.); Ponsard (32 p.). — MM. Ecart, Trénel, Le Maître, Baruk, Bourdin, Coulon et Leroy ont été désignés par le jury pour être nommés internes titulaires. — MM. Bresson, Couillaud, Barbary, Thibaud, Darin, Antheaume et Moundlic ont été désignés pour être nommés internes provisoires.

RÉPARTITION DU SERVICE MÉDICAL DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE POUR L'ANNÉE 1893. — *Infirmerie spéciale du Dépôt, préfecture de la Seine.* — Service de M. Garnier; médecin-adjoint : M. Legras; internes : MM. Pécharmant et Pribat. — ASILE CLINIQUE (Sainte-Anne), 1, *rue Cabanis*. 914 *lits*. — Service de M. Ball, suppléé par M. Ballet; chef de clinique : M. Pactet; interne : M. Hannion. — *Laboratoire de la clinique* : M. Klippel, service de M. Magnan (admission); internes : MM. Boissier et Lachaux. — Service de M. Bouchereau (femmes); internes : MM. Escart et Le Filliatre. — Service de M. Dubuisson (hommes); interne : M. Le Maître. — Service hydrothérapique externe : M. Dagonet. — ASILE DE VILLEJUIF. 1,128 *lits* : Service de M. Briand (femmes); médecin-adjoint : M. Sérieux; internes : MM. Trenel et Baruc. — Service de M. Vallon (hommes); médecin-adjoint : M. Rouillard; internes : MM. La-

vergne et Ecart. — ASILE DE VILLE-EVRARD (Neuilly-sur-Marne). 1,015 *lits*. — Service de M. Marandon de Montyel (hommes) ; internes : MM. Laroussinée et Lepatré. — Service de M. Febré (femmes); interne : M. Mooundjick. — Service de M. Legrain (Pensionnat); interne : M. Bourdin. — ASILE DE VAUCLUSE, près Epinay-sur-Orge. 855 *lits*. — Service de M. Keraval (hommes); interne : M. Croustel. — Service de M. Boudrie (femmes); interne : M. Coulon. — Service de M. Blin (colonie des idiots); interne : M. Leroy.

Nous rappellerons que les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ont un personnel médical recruté de la même façon que les autres hôpitaux de Paris.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse.

Prix Alvarenga de Piarchy (Brésil) (800 fr.), 400 fr. à M. le Dr COURMONT pour son ouvrage : *Le cervelet et ses fonctions*. Mention honorable à MM. ARTHAUD et BUTTE : *Du nerf pneumogastrique (anatomie et physiologie)*.

Prix Barbier (2,500 fr.). — Mention honorable et 1,000 fr. à MM. CADÉAC et MEUNIER : *Recherches sur les essences, sur l'eau de mélisse des carmes ; contribution à l'étude de l'alcoolisme*.

Prix Henri Buiquet (1,500 fr.). — MM. DEBIERRE et DOUMER : *Album stéréoscopique des centres nerveux*.

Prix Adrien Buisson (10,500 fr.). — 4,500 fr. à MM. LONDE et BLOCQ : *Anatomie pathologique de la moelle*.

Prix Civrieux (900 fr.). — M. DE VALLON, médecin de l'asile de Villejuif; mention honorable à M. A. PARIS, médecin de l'asile de Mareville. La question posée était : *Etablir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique*.

Prix Falret (1,000 fr.). — Question : *Accidents nerveux de l'urémie*, M. BERNARD (de Ducard-les-Bains); mention honorable à M. COURTADE (de Thiers).

Prix Vernois (700 fr.). — Mentions honorables à M. VILLARD (de Marseille) : *Leçons sur l'alcoolisme*. M. Albin ROUSSELET : *Les secours publics en cas d'accidents*.

PRIX POUR 1895. — *Prix Civrieux* (800 fr.) : *Des obsessions en pathologie mentale*. — *Prix Baillarger* (2,000 fr., 1894). Au meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés à ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — Parmi les récompenses accordées, nous relevons les suivantes :

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — Mention honorable à M. PITRES (de Bordeaux) : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.*

Prix Barbier (2,000 fr.), Partagé entre : 1° M. LABORDE : *du mecanisme physiologique des accidents et de la mort par le chloroforme*; et 2° MM. CADÉAC et MEUNIER : *Contribution à l'étude de l'alcoolisme; étude sur l'eau d'arquebuse ou vulnéraire ; recherches physiologiques sur l'eau de mélisse des Carmes.*

Prix Bellion (1,400 fr.), M. COTILLE (d'Angers) : *Education du sens; éducation de la vue chez le soldat.*

Prix Lallemand (1,000 fr.). — Partagé entre : 1° M. BINET : *Les altérations de la personnalité;* 2° M. DURAND (de Gros) : publications diverses sur les fonctions du système nerveux chez les animaux et l'homme.

Prix Pourat (1,800 fr.), M. A. ROGER. La question posée était : *Recherches expérimentales et cliniques sur les phénomènes inhibitoires du système nerveux.*

LES CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS ALIÉNISTES EN ITALIE. — Nous citons dans les *Annales médico-psychologiques* : Nous trouvons dans le dernier numéro de la *Cronaca del Regio manicomio di Alexandria,* l'annonce d'un concours pour les places de médecins-adjoints de l'asile de Santa Maria della Puta à Rome. Il nous paraît intéressant de reproduire le programme, afin qu'on puisse le comparer avec les concours de Bicêtre et ceux des médecins-adjoints des asiles.

A la place de médecins (*medico primario*) est attribué le traitement de 2,000 francs, outre le logement et la nourriture. Le concours est sur titres ou sur épreuves, suivant la loi du 13 novembre 1859 sur l'instruction publique. (En Italie, pour les nominations des professeurs, cette façon de procéder est adoptée. Si le concours sur titres seul ne donne pas de résultats, c'est-à-dire si personne ne s'impose par ses travaux, on ouvre un concours avec épreuves. Ce système a l'avantage d'encourager le travail personnel et d'éviter que des hommes de valeur ne soient éliminés *parce qu'ils ne savent pas concourir.*) La durée des fonctions est de dix ans ; au bout de ce temps le médecin peut être nommé de cinq en cinq ans, avec l'approbation obligatoire de l'administration.

Tous les candidats doivent présenter leur acte de naissance, afin de montrer qu'ils n'ont pas dépassé quarante-cinq ans ; en outre, ils doivent faire la preuve qu'ils ont passé deux ans en qualité de médecin dans un des asiles publics ou privés du royaume. On doit joindre à ces pièces un certificat de moralité, délivré par le maire.

Le concours sur titres consiste en la production de documents et de publications qui prouvent la compétence scientifique et pratique du candidat en médecine mentale, et dans la pratique des asiles.

Le concours sur épreuves se compose : 1° de l'examen clinique d'un malade à propos duquel on doit faire le diagnostic, le pronostic et le traitement; 2° de l'examen anatomique et anatomo-pathologique d'organes appartenant au système nerveux.

Les candidats peuvent choisir entre les deux modes du concours, ou bien se présenter à la fois pour les deux. Le jury est composé du commissaire royal, président sans droit de vote, de deux professeurs de la Faculté de médecine de Rome et de trois médecins (*professori*) choisi parmi les aliénistes. La forme du concours est soumise aux prescriptions du règlement pour la nomination du personnel médical des hôpitaux de Rome, du 19 juillet 1892.

Quant aux postes de médecins assistants, il y en a deux de vacants. Le traitement est de 960 fr. avec la nourriture les jours de garde. Le médecin assistant est nommé pour trois ans, et il peut être renommé de nouveau pour la même période. Le candidat doit être docteur, n'avoir pas dépassé trente-cinq ans et présenter un certificat de moralité.

Le concours consiste en épreuves : 1° examen d'un malade et exposé du diagnostic; 2° description d'une pièce du laboratoire servant à établir un diagnostic.

A mérite égal, il sera donné la préférence à ceux qui prouveront avoir servi dans un asile public ou privé. La composition du jury est la même que pour celui de médecins.

DÉNONCIATIONS CALOMNIEUSES ET FAUX TÉMOIGNAGES D'UNE PERSÉCUTÉE. — On écrit de Londres au *Temps* (19 septembre 1891). La Cour des divorces vient de rendre son jugement sur une demande en séparation intentée par Lady Abdy contre son mari, sir William Abdy, qu'elle accusait d'adultère avec Mme de Benitez, riche sud-américaine dont la résidence est Buenos-Ayres, mais qui a longtemps habité Paris. C'est à Paris que les faits incriminés se sont passés, et Lady Abdy a fait défiler devant les tribunaux une série de témoins, tailleurs, coiffeurs, cuisinières et concierges, qui ont déposé en français. Ils ont prétendu reconnaître en sir William Abdy un visiteur assidu de Mme de Benitez, à l'époque où celle-ci venait de perdre son mari. Il se présentait comme médecin, s'enfermait sous ce prétexte avec elle dans un boudoir et affectait une légère claudication — ils n'ont pas dit qu'il eût des lunettes bleues. Enfin Mme de Benitez, qui n'avait pas l'air très riche, s'est trouvée tout à coup dans l'opulence, ce qui ne leur a pas paru naturel.

Sir William Abdy a démontré qu'aux différents moments où on prétendait l'avoir vu à Paris, il était à Spa ou à Londres. Quant à Mme de Benitez, devenue riche par l'héritage d'un proche parent, et qui a fait expressément pour se défendre le voyage de Buenos-Ayres, elle a déclaré qu'elle était depuis huit ans, en butte aux attaques de Lady Abdy, attaques auxquelles elle n'avait jamais rien

compris; elle n'avait jamais vu sir William avant d'avoir le coûteux honneur de le rencontrer à la barre du tribunal. Elle a fait donner par son avocat, lecture d'une lettre de lady Abdy, qui semble prouver que celle-ci est possédée du délire de la persécution. Lady Abdy lui reproche en effet « d'avoir rendu son mari malade, de s'être fait donner par lui tous les bijoux à elle appartenant, et aussi sa belle dentelle noire de Chantilly, unique au monde, ses tableaux de vieux maîtres, son velours de Gênes, ses meubles et ses tapisseries des Gobelins, plus de 800,000 fr. de bel argent vivant. De ce, non contente, Mme de Benitez, qui a fait des études de toxicologie approfondies, a essayé à plusieurs reprises de le faire empoisonner ».

Le juge Barnes a repoussé la demande en séparation et condamné lady Abdy à tous les frais du procès.

Asile d'aliénés d'Armentières. — *Un gardien brutal.* — Le tribunal correctionnel de Lille a jugé un ancien gardien de l'asile d'aliénés d'Armentières, H. S..a, âgé de vingt-deux ans, prévenu de coups et blessures sur un vieillard de soixante-quinze ans, pensionnaire de l'établissement. Quand ce malheureux quittait le parloir, où ses parents venaient le voir, S... exigeait qu'il lui remît la totalité des friandises qu'on lui apportait d'habitude. S'il refusait, il le frappait ou lui mettait la camisole de force. Les juges correctionnels ont condamné S..., aujourd'hui soldat au 110e de ligne, à six mois de prison. (*Progr. méd.*)

Asile d'aliénés de Bron. — *Grossesse et accouchement chez une folle.* — A la dernière session du conseil général du Rhône, M. le Dr Masson a demandé au préfet s'il était en mesure de fournir des explications sur un fait très grave qui se serait produit à l'asile départemental de Bron. Il s'agit d'une des pensionnaires de l'asile, internée depuis cinq ans, qui aurait accouché, il y a quelques jours, d'un enfant placé aujourd'hui dans une maternité. M. Rivaud a répondu que ce fait était exact et que la justice était aujourd'hui saisie de l'affaire. Il a regretté que l'administration n'ait été avertie du fait qu'après l'accouchement; mais, en l'état actuel des choses, il croit qu'il n'y a qu'à laisser l'enquête poursuivre son cours. L'opinion et la moralité publique recevront satisfaction.

Drame de la superstition. — On mande de Bordeaux, 4 septembre : Le village de la Chappe, commune de Queyrac, vient d'être le théâtre d'un assassinat accompli dans de singulières circonstances. Une vieille femme de soixante-huit ans, Mélanie Fort, laitière, a été trouvée ce matin, sur la route de Laruac, gisant dans une mare de sang, la tête affreusement fracassée et détachée du tronc. Non loin du cadavre, on a trouvé la crosse d'un fusil portant des éclats de cervelle et des taches de sang.

Un nommé Fort, homonyme de la victime, mais n'étant nullement son parent, a été arrêté. Interrogé, il a fait des aveux complets. Il prétend que sa victime était sorcière et lui avait jeté un sort. C'est pour se venger qu'il s'est jeté sur elle et l'a abattue d'un coup de crosse. Puis il a détaché la tête, qu'il a mise en bouillie en la frappant avec la crosse de son fusil. (*Petit Troyen*, sept.)

La consommation de l'alcool en France. — En 1870, on ne consommait en France que 585,000 hectolitres d'alcool ou 1 litre 46 par habitant. Aujourd'hui, la population française absorbe 1,669,184 hectolitres, soit 4 litres 40 par habitant. Si l'on considère que les alcools actuels sont infiniment plus toxiques que ceux que l'on consommait avant 1870, on ne s'étonnera plus des énormes progrès qu'a fait l'alcoolisme depuis vingt ans.

Nécessité de l'assistance des enfants idiots. — Un fait odieux encore, s'est passé à Genneviliers. Un jeune homme, qu'on croit être le neveu d'une blanchisseuse de la localité, avait entraîné dans un champ, pour la violer, une fillette de treize ans, sourde et presque idiote. L'innocente se défendit cependant, et son père et son frère accoururent à son secours. Ils engagèrent une lutte terrible avec l'individu qu'ils voulaient arrêter. Mais, plus fort qu'eux, il les roua de coups et prit la fuite.

L'alcoolisme en Suisse. — D'après les relevés officiels du bureau fédéral de statistique pour l'année 1891, sur un total de 6,885 décès de personnes âgées de plus de vingt ans, dans les quinze villes les plus populeuses de la Suisse, on en compte 425 dus à l'alcoolisme (59 femmes et 366 hommes), soit 6,1 p. 100. Sur les 366 individus ayant succombé à l'alcoolisme, 188 appartenaient à la classe ouvrière et 178 à la classe supérieure, ce qui prouve, en tenant compte du nombre des individus qui composent chacune de ces deux classes sociales, que l'alcoolisme est plus fréquent dans la société cultivée. Les quinze villes qui font l'objet de cette statistique ne forment que la sixième partie de la population suisse; si donc, l'on multiplie par 6 le chiffre des décès alcooliques ci-dessus donné, on trouve que le total des décès alcooliques serait pour tout le pays de 2,550 en 1891. (*Sem. méd.*)

Nouvelle maison de santé pour le traitement des affections mentales et nerveuses. — M. le Dr Pachoud, ancien médecin directeur de l'asile cantonal de Cery (Lausanne), vient d'ouvrir une nouvelle maison de santé au château de Greng, près Morat (Suisse).

Le bacille de l'épilepsie. — On annonce, dit le *Médical Record* du 28 mai 1892 (p. 610), que le Dr Gerdes, premier aide à l'institut pathologique de l'université de Halle, a découvert un grand nombre de bacilles particuliers dans le foie, les reins et le sang des per-

sonnes mortes de l'épilepsie. Il a fait des expériences avec ces bacilles sur des souris et des rats et partout le même effet mortel s'est produit invariablement (!?).

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le Dr Zichen est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Epidémie de suicides. — On mande de Trieste qu'une véritable épidémie de suicides a sévi dans cette ville pendant la dernière semaine : seize personnes ont attenté à leurs jours, les unes par suite d'affaires d'amour, les autres, à ce que l'on croit, dans un état de démence momentanée causée par la chaleur.

Le jeûne condamné. — Le verdict du juge coroner de New-York dans le cas de la mort de Stratton, le jeûneur, est digne d'être signalé. Cette décision déclare que « les exhibitions de jeûneurs doivent être considérées comme immorales et criminelles et devraient être défendues par la loi ». La durée du jeûne de Stratton mort de faim a été, dit-on, de quarante et un jours.

Suicides de médecins aux États-Unis. — Le *Boston medical and surgical Journal* nous apprend que ce sont les médecins qui se suicident le plus en Amérique depuis dix ans. Et cette vérité sera encore confirmée cette année, puisque dans les douze premiers jours de janvier il n'y a pas moins de sept médecins qui se sont donné la mort.

Un fou assassin. — M. Follet, originaire du département de l'Aisne, était arrivé depuis trois jours à Paris avec sa famille. Il était atteint d'aliénation mentale. Sa folie cependant n'avait jusqu'alors présenté rien de dangereux. Ses proches néanmoins voulaient le faire interner et l'avaient déjà soumis à l'examen de médecins aliénistes. Toute la famille, le fou compris, habitait un hôtel de la cité Bergère.

Hier soir, M. Follet, qui avait dîné avec un docteur en médecine, chargé de l'examiner d'une façon toute particulière, revint à l'hôtel et pénétra dans une chambre qui n'était pas la sienne. Il y trouva une canne à épée et s'en empara, puis, redescendant, il dit aux siens qu'il se rendait, 6, rue Gaudot-de-Mauroy. A cette adresse, il prétendait connaître une femme ; il désirait la voir. Un cousin de M. Follet le suivit en voiture.

Le concierge du 6 de la rue Gaudot-de-Mauroy, voyant l'air singulier du visiteur, lui demanda où il allait, et n'en recevant pas de réponse, voulut l'empêcher de monter l'escalier.

— Laissez, dit le cousin qui le suivait. Il a le cerveau faible mais je réponds de tout.

M. Follet gravit l'escalier, suivi du concierge qui, au deuxième, l'interpella, décidément inquiet. L'aliéné, brusquement, après

quelques paroles violentes, frappa le concierge d'un coup de canne à la tête, qui ne le blessa point. Il redescendit, suivi du concierge qui criait qu'on l'arrêtât. Dans le vestibule, l'altercation recommença entre les deux hommes.

Le concierge, M. Levavasseur, décidé à en finir, poussait la victime vers la porte. Le fou leva sa canne pour frapper une seconde fois. Le cousin saisit la canne, mais le fourreau lui resta dans les mains, et l'épée, dégagée, resta nue entre les mains de l'aliéné, qui la plongea dans la poitrine du concierge. Le cœur fut traversé et la mort immédiate.

Le fou ne s'enfuit pas. On put s'emparer de lui et le conduire chez M. Cornette, commissaire de police. Le cousin, aussi peu brave que maladroit, s'était éclipsé. On le retrouva à l'hôtel de la cité Bergère. Il conta les faits tels qu'ils s'étaient passés.

M. Follet, gardé à vue au poste de la rue de Larochefoucauld, a demandé, à plusieurs reprises, à se retirer, en s'informant de l'heure à laquelle il devrait se représenter le lendemain. Il était absolument inconscient du crime qu'il venait de commettre. (*L'Éclair*.)

— Un terrible drame vient de se dérouler à Ramiliées, près de Cambrai. Un nommé Théodore Moreau, âgé de quarante-trois ans, a été trouvé pendu chez lui ; sa femme, âgée de quarante-cinq ans gisait, ensanglantée sur son lit, dans la chambre voisine. Moreau, atteint d'une maladie de cerveau, a profité de l'absence de ses six enfants pour accomplir le crime qu'il méditait depuis longtemps. Pendant que sa femme dormait, il lui porta sur la tête et sur différentes parties du corps plusieurs coups de fer à repasser qui lui ont fait de profondes blessures ; les mains meurtries de la malheureuse, dont l'état est très grave, indiquent qu'elle a cherché à parer les coups. Moreau, croyant sa femme morte, se pendit. (*Radical*, 1er juillet 1891.)

Une séance d'hypnotisme. — Une curieuse expérience a été faite au tribunal de Santa-Rosa, aux Etats-Unis. On jugeait le nommé Edward Livernash, accusé d'avoir fait boire à un homme un verre d'eau contenant une dose d'acide prussique suffisante pour tuer douze individus et d'avoir ensuite tiré plusieurs coups de revolver sur sa victime.

La défense soutenait que Livernash était sensible à l'influence hypnotique et que, se trouvant endormi d'un sommeil magnétique, l'accusé était sujet à une sorte de manie homicide. Le docteur Gardner, appelé à donner son avis devant le tribunal, a hypnotisé Livernash et, pour prouver l'insensibilité absolue du sujet, a planté une longue épingle, successivement, dans les mains, les joues et les oreilles de l'assassin.

Néanmoins, l'expert, représentant l'accusation, restait incrédule. Il s'est mis à frapper violemment Livernash, mais celui-ci a conservé son immobilité.

L'accusé, toutefois, a répondu à toutes les questions qu'on lui a adressées; mais il a raconté les détails du crime d'une façon incohérente, et tout son récit avait, en effet, l'air d'être dit par un homme pris de boisson. Livernash a souffert lorsque, réveillé par le docteur Gardner, on lui a arraché les épingles de sa chair. Les manières et l'attitude de l'accusé ont alors changé immédiatement. Le procès n'est pas encore terminé. Détail curieux : l'accusé est l'un des plus habiles journalistes de San-Francisco. (*L'Intransigeant.*)

Somnambule extra-lucide. — Une grrrande somnambule, seule élève et successeur de Mlle Lenormand, vient d'être cueillie par la police dans son superbe appartement du quartier de l'Europe. Elle ne se contentait pas, paraît-il, de dire le passé, le présent et l'avenir; mais ayant, disaient ses prospectus, un médecin et une sage-femme attachés à son établissement, elle était toute disposée à conseiller utilement et même à aider les jeunes personnes dans l'embarras. C'est pour cela et pour bien d'autres méfaits que la police a cru utile de lui demander quelques renseignements sur son passé; après cela, on pourra à coup sûr lui prédire l'avenir. (*Progrès médical.*)

Scapulaire anticholérique. — Nous considérons comme un devoir de reproduire la réclame suivante que signale l'*Echo de Paris* : « Ces scapulaires, sur lesquels est brodée l'image de la sainte Vierge, et qui ont été bénis par notre Saint-Père le Pape, ont pour effet merveilleux de protéger les fidèles contre toute indisposition ou affection cholériforme. — *Nota bene.* La longueur des rubans permet de faire descendre les scapulaires jusque sur le ventre. Placés sur cette partie du corps, ils arrêtent immédiatement la diarrhée. On peut se procurer, moyennant l'envoi de 4 fr. 50 par la poste, les scapulaires anticholériques chez M. l'abbé G..., ancien aumônier de la marine à Toulon (Var). » Ce moyen de combattre le choléra et même la simple diarrhée sera, nous n'en doutons pas, soumis à l'approbation du conseil d'hygiène. (*Progr. méd.*)

Assistance des épileptiques. — Une dépêche d'Alençon, en date du 7 novembre, dit que : « dans la forêt de la Ferrière, un charbonnier nommé Louvel, pris d'une attaque d'épilepsie est tombé dans le feu et a été horriblement brûlé ».

J.-B. Charcot et Georges Guinon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Prime exceptionnelle à nos lecteurs.

LES

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE

De M. le Professeur CHARCOT

Policlinique (1887-88, t. I, 2e édit. et 1888-80, t. II), notes de cours recueillies par MM. Blin, Charcot, H. Colin, élèves du service. Deux beaux volumes in-4° couronne de plus de 600 pages chacun. — Prix des deux volumes : 40 fr. — Pour nos abonnés : **25 fr.** — Pour la France et l'étranger. Prix : **27 fr.**

BREUER und FREUND. — *Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomen.* Brochure in-8° de 11 pages. — Leipzig, 1893. — *Neurologischen Centralblatt.*

GOWERS (W.-R.). — *Syphilis and the nervous system.* Volume in-8° cartonné de 131 pages. — London, 1892. — J. et A. Churchill.

GRASSET (J.). — *Thérapeutique appliquée. — Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes.* Volume in-12 cartonné de 185 pages. — Prix : 3 fr. Paris, 1893. — G. Masson.

HOLMES (Ch.). — *A case of Hémianopsie* (*The Boston aud Surg. Journ.*, 1863, p. 162.)

Index-Catalogue of the Library of the surgeon-general's Office. United States Army. Vol. XIII (Sialagigues-Sutugin). Volume in-4° cartonné 1005 pages. — Washington, 1892. — Government printing Office.

JANET (P.). — *Etat mental des hystériques. — Les stigmates mentaux.* Volume in-12 cartonné de 234 pages. — Prix 3 fr. 50. — Rueff et Cie.

KROGIUS. — *Arthropathies tabétiques* (*Finska Lakaresallskapets Handlingar*, fev. 1893.)

MAGNAN (V.).— *Maladies mentales.* Leçons faites à l'asile clinique (Sainte-Anne), recueillies et publiées par Briand (M.), Legrain, Journiac et Sérieux. Deuxième édition augmentée. Un beau volume in-8° de 435 pages, avec figures. — Prix : 8 fr. Pour nos abonnés : 6 fr. — Bureaux du *Progrès Médical.*

MASSALONGO (R.). — *Atetosi successiva a morbillo.* Brochure in-8° de 8 pages. — Napoli, 1892. — Tipografia della *Riforma Medica.*

MAUREL (E.). — *Recherches expérimentales sur les leucocytes. — Application à la pathologie microbienne.* Septième fascicule : *Actions des corps inanimés, des microbes non pathogènes et de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes.* Volume in-8° de 116 pages, avec 17 figures. — Prix : 2 fr. 50.

AVIS A NOS LECTEURS. — *A partir du* 1er *mai prochain, les* ARCHIVES DE NEUROLOGIE *paraîtront* TOUS LES MOIS.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, Imp. — 393

Vol. XXV. Mai 1893. N° 75.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

SUR TROIS CAS DE MONOPLÉGIE BRACHIALE HYSTÉRIQUE;

Par le D[r] KINNOSUKE MIURA (du Japon).

Au commencement du mois de mars de cette année, M. le professeur Charcot a présenté dans ses leçons du mardi quelques cas de monoplégie hystérique. C'est l'histoire de ces cas qu'il a eu l'extrême obligeance de me communiquer que je viens rapporter ici. Outre le grand intérêt qu'ils présentent au point de vue de l'évolution, de la symptomatologie et du traitement de cette paralysie, ils viennent encore confirmer ce que notre illustre maître avait déjà démontré en 1885 [1].

Nous passerons d'abord en revue nos observations en les faisant suivre des remarques qu'elles comportent. Nous chercherons ensuite, dans les observations de monoplégie hystérique publiées jusqu'ici, quels sont les caractères communs à tous ces différents cas, tant au point de vue de l'hérédité, que de la cause provocatrice, de la symptomatologie, etc.

Observation I. — Le nommé Roug... (Fort...), âgé de trente-sept ans, charretier, entré le 16 février 1892 à la Salpêtrière (service de M. le professeur Charcot), salle Prus, lit n° 27 [2].

[1] Charcot. — *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique chez l'homme.* (*Progrès méd.*, n° 34, 37, 39, 40. 1885.) — *Œuvres complètes : Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 299-369.

[2] Cette observation a été de la part de M. Charcot l'objet d'une leçon publiée dans la *Semaine médicale* du 8 juin 1892, n° 29; *Sur un cas de monoplégie brachiale hystérique chez l'homme, présentant des difficultés de diagnostic.*

Antécédents héréditaires. — Père, aubergiste, buveur, querelleur, maltraitait souvent sa femme, mort à quatre-vingt-deux ans, d'une bronchite qu'il avait depuis une vingtaine d'années. Une de ses sœurs était bizarre, maltraitait sans motif ses enfants. Mère encore vivante, soixante-quatre ans, a eu des attaques de nerfs dans sa jeunesse; actuellement elle a des douleurs dans les membres qui l'empêchent de marcher. Huit enfants, dont sept encore vivants; un mort de la poitrine. Le malade est le cinquième. Tous les enfants sont bien portants, sauf la dernière qui est souffrante. Les deux dernières ont eu des convulsions dans l'enfance.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie grave. Pas d'incontinence nocturne. Il ne peut pas dire s'il a eu des convulsions. Boit environ deux litres de vin par jour et de l'eau-de-vie pour trois sous tous les matins. Pas de signes d'alcoolisme, pas de syphilis. Soldat pendant cinq ans à Paris.

Histoire actuelle. — Il y a deux ans, le malade s'est fait une fracture de la clavicule droite en portant un madrier. Son compagnon, qui le portait avec lui, est tombé, et le choc du madrier contre le sol a produit la fracture par contre-coup.

Il n'a pas consulté tout de suite; et malgré la douleur qu'il ressentait dans l'épaule *droite*, il a continué à travailler pendant trois mois et demi. Il avait beaucoup de mal à s'habiller; il était obligé de manier son fouet avec la main gauche et il ne pouvait plus porter des fardeaux sur l'épaule droite. Mais enfin, il pouvait se servir de sa main droite pour manger. Les mouvements de l'épaule seuls était impossibles à cause de la douleur.

Son bras n'a pas maigri à cette époque, et les douleurs occupaient seulement le moignon de l'épaule. Il est allé alors consulter M. Terrillon qui a constaté une fracture ancienne de la clavicule sans consolidation et qui lui a extirpé un fragment d'os (fragment externe), séjour d'un mois et demi dans le service; en sortant, amélioration, mais il souffrait encore dans l'épaule seulement et il existait une fistule par laquelle s'écoulait du pus.

Quelques jours après sa sortie de chez M. Terrillon, il est entré chez M. Charcot, salle Prus, pour se faire électriser l'épaule (sur le conseil de M. Terrillon). Il est resté sept à huit jours et est sorti très amélioré, il ne souffrait plus du tout de l'épaule. L'écoulement s'est bientôt tari, et il est resté deux ans sans rien remarquer, se servant de sa main droite comme de sa gauche pour fouetter, de ses deux épaules indifféremment pour charger.

Il y a eu avant-hier trois semaines (le 24 janvier 1891), étant à table à une heure après midi, il sentit le couteau lui échapper de la main droite, et celle-ci resta inerte, tombante. Il demanda au marchand de vin de l'alcool camphré pour se frictionner; mais le résultat fut nul.

Il ne trouve aucune raison à invoquer pour expliquer cette paralysie. Il n'avait pas fait d'effort violent, n'avait pas fouetté plus que d'habitude. Du reste, il n'avait rien ressenti de particulier dans la main, l'avant-bras ou le bras. C'était le dimanche; le jeudi précédent, il avait assisté à l'enterrement d'un de ses neveux qui avait eu quelques jours auparavant le *bras broyé* dans une fabrique. Il avait été le voir à l'hôpital Lariboisière quelques jours auparavant et cet événement l'avait vivement impressionné. C'est la seule émotion qu'on trouve chez lui dans les jours qui ont précédé son accident. Aucune dispute, aucune contrariété.

Au moment même de l'accident, quand il a lâché le couteau, il a senti des *fourmillements dans tous les doigts*, comme lorsqu'on se fait une contusion de cubital. Cela a duré trois jours et ne s'est pas reproduit depuis lors. C'est depuis cet accident qu'il a remarqué que l'avant-bras et le bras droit maigrissaient. Il ne saurait dire s'il y avait une différence de volume auparavant. Au dire du malade, la paralysie aurait augmenté depuis son apparition. Le premier jour, il pouvait encore exécuter quelques mouvements des doigts, tandis qu'aujourd'hui, il en est totalement incapable.

Il convient d'ajouter qu'au moment de l'apparition de sa paralysie de la main, il n'a point ressenti le moindre malaise, le moindre étourdissement. Depuis trois semaines, il a travaillé de temps en temps, toujours sans se servir de la main droite.

Etat actuel. — Malade d'apparence vigoureuse, fortement musclé. d'excellent état général. Intelligent, renseigne bien sur les divers événements de sa maladie.

Examen du membre supérieur droit. — *Motilité.* — La paralysie atteint tous les muscles de la main, de l'avant-bras et du bras. A la main et à l'avant-bras, elle est absolue. Le malade est incapable de faire le moindre mouvement de la main et des doigts. Quand la main est en pronation, elle est tombante comme dans la paralysie radiale; quand elle est en supination, les doigts sont dans une très légère flexion. Il n'y a pas de résistance à l'extension passive complète, mais elle ne peut être obtenue par la volonté du malade.

L'extension des doigts, la flexion des doigts, le relèvement du poignet, l'écartement des doigts ou leur rapprochement sont tout à fait impossibles. Il n'y a pas même une ébauche de ces mouvements. Les mouvements de pronation et de supination de même. Pour mettre sa main dans l'une ou l'autre de ces positions, le malade la saisit avec la main gauche.

Flexion. — Quand on lui commande de fléchir son avant-bras, il peut le faire, le mouvement est très faible, et l'on s'y oppose facilement (tandis que du côté opposé il faut déployer une force très grande); de plus il ne peut pas se produire de supination. Dès le début de la flexion, la main se met en supination. Ce n'est donc

pas le biceps qui produit ce mouvement. D'ailleurs, le biceps, pendant ce mouvement, reste flasque, Le mouvement de flexion est vraisemblablement obtenu par le brachial antérieur, et la position de pronation n'est autre chose qu'une chute passive de la main, en vertu de la pesanteur. Dans tous les cas, le malade est capable de porter ainsi la main à la bouche. Une fois l'avant-bras fléchi, quand on lui commande de résister aux efforts d'extension, cette résistance est absolument insignifiante. C'est à peine si l'on sent la consistance du biceps augmenter légèrement.

Extension. — Le triceps brachial se contracte un petit peu; et la résistance aux efforts de flexion existe un peu, quoique très facile à vaincre. Du côté opposé, elle est absolument invincible.

A la palpation, tous les muscles sont flasques, mous: ils ne donnent pas une sensation des masses fermes comme du côté gauche.

Mouvement de l'épaule. — Le deltoïde et le grand pectoral se contractent faiblement il est vrai, mais enfin, il y a là une contraction réelle. Le bras est élevé à l'horizontale sans que l'omoplate bascule. On voit les faisceaux du deltoïde se contracter. De même on sent le grand pectoral se durcir dans l'adduction. Les muscles rotateurs de l'épaule (sus et sous-épineux, sous-scapulaire, petit rond) ne se contractent pas; car le malade ne peut exécuter aucun mouvement de rotation de l'épaule. Le trapèze se contracte bien dans les mouvements d'extension de la tête et dans l'élévation de l'épaule.

Sens musculaire. — Tout à fait intact. Le malade sait indiquer parfaitement où est son bras. Il peut reproduire avec le membre gauche toutes les positions imprimées au membre droit.

Atrophie musculaire. — Elle est incontestable quoique peu accentuée. C'est à l'avant-bras (partie moyenne) qu'elle semble le plus marquée (un centimètre de différence).

Dimension en circonférence :

	BRAS DROIT	BRAS GAUCHE
Bord inférieur du grand pectoral.	27cm,1/2	28 cm
Partie moyenne.	26, 1/2	27
Avant-bras (partie moyenne) . . .	23	24

Main. — Amaigrissement du premier espace interosseux dorsal et des éminences thenar et hypothenar, mais très légère. L'atrophie existe aussi pour le deltoïde et le grand pectoral; elle ne semble pas exister pour le trapèze. Quant aux sus et sous-épineux, elle est trop minime si elle existe; et le tissu adipeux est trop développé pour qu'on puisse la constater. Il y a un *état lisse de la peau* à la face dorsale des doigts; les plis cutanés sont effacés; la peau est un peu luisante. *Doigts cyanosés* et un peu *gonflés* (en boudin).

La *réaction électrique* (note de M. Vigouroux) des nerfs et des muscles est absolument normale au membre supérieur droit. L'excitation du point d'Erb produit l'effet habituel. Il y a une très légère diminution de l'excitabilité faradique relativement au côté

gauche, mais elle est due à une augmentation de résistance du côté malade (accusée au galvanomètre, peut-être due au spasme vasculaire). C'est ce que l'on voit dans la paralysie radiale vulgaire. Seulement ici, c'est total.

Sensibilité. — Elle est *intacte dans tous ses modes.* Le contact est perçu parfaitement ; il localise avec une grande précision. Le froid, le chaud sont sentis ainsi que les piqûres d'épingle, aussi bien que du côté gauche. Cette recherche, faite à plusieurs reprises, montre qu'il n'y a pas une seule région dans le membre supérieur malade ou dans l'épaule, où la sensibilité présente une altération quelconque. Le malade ne sent plus de fourmillements comme au début.

Aspect de la région claviculaire (siège de l'ancienne fracture). — Il existe dans le quart externe de la clavicule une cicatrice cutanée avec enfoncement de la région. C'est là qu'était le fragment osseux enlevé. L'os s'est reformé et il est soudé à l'acromion. Pas de sensibilité spéciale de cette région. La sensibilité y est normale comme partout ailleurs.

Réflexes. — Les réflexes du coude de ce malade (tendon du triceps) sont un peu plus forts qu'à l'état normal, mais égaux des deux côtés, sans qu'on puisse en trouver la raison. Pas de trépidation épileptoïde du pied. La marche est parfaite.

17 *février.* — Nouvel examen de la sensibilité, elle est intacte partout et en particulier dans tous les doigts de la main.

Rien d'anormal dans le creux axillaire, pas de points douloureux. L'artère sus-claviculaire est sentie dans le creux, l'artère axillaire, l'artère humérale, les artères radiales et cubitales absolument comme du côté sain, sans différence de l'intensité de la pulsation. Le malade ne présente aucun point hystérogène, pas de sensibilité testiculaire.

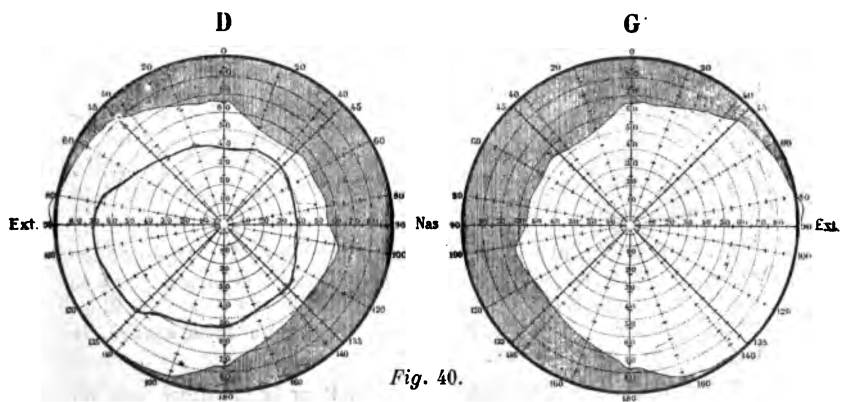


Fig. 40.

Sens spéciaux. — *Œil.* — Pas de différence dans les pupilles.

Réactions normales. Pas de différence dans la grandeur de la fente palpébrale.

Oreille. — Pas de différence entre les deux côtés. Le tic tac d'une montre est entendu à 15 centimètres du pavillon de l'oreille à droite comme à gauche.

Goût. — Le sucre, le sel, l'amertume du sulfate de quinine sont reconnus aussi bien sur la moitié droite que sur la moitié gauche de la langue.

Odorat. — L'éther est reconnu à droite comme à gauche. L'ammoniaque produit un réflexe énergique avec larmoiement des deux côtés aussi. Rien dans les autres organes.

Traitement du malade et résultat. — Il a été d'abord soumis pendant huit jours exclusivement à la *faradisation.* Au bout de ce temps, résultat absolument nul.

A partir du mercredi 25 février, l'électrisation est supprimée. Le malade est mis aux douches et au traitement *psychique*, c'est-à-dire qu'on essaie l'éducation du membre paralysé. Voici les résultats notés jour par jour, avec le modus faciendi.

24. — Séance de trois quarts d'heure. On lui commande de faire des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des doigts de la main gauche en regardant bien, puis de les reproduire à droite en fixant à son tour la main droite et se représentant bien le mouvement. Le résultat est tout à fait nul. Les doigts sont complètement inertes. Le résultat est également nul pour les mouvements associés (par exemple : pression du dynamomètre, écriture de la main gauche).

25. — Séance d'une heure. Même exercice. Pendant que le malade fait tous ses efforts pour fléchir tous les doigts, on *remarque une très légère flexion de la phalangette du pouce.* C'est le premier mouvement volontaire qu'on obtient. Le malade est enchanté, et sa bonne volonté se met de la partie. Dans la même séance, une légère flexion des deux dernières phalanges de l'index est obtenue vers la fin, et les mouvements du pouce se produisent à différentes reprises. On n'obtient pas de flexion d'ensemble de tous les doigts. Il a fallu procéder isolément pour l'index et toujours par imitation de la main saine.

26. — Séance d'une heure. Les mouvements de flexion du pouce et de l'index se conservent, les deux doigts arrivent presque à se mettre en contact. Les quatrième et cinquième doigts se fléchissent dans leurs deux dernières phalanges à la fin de la séance, le troisième reste en arrière.

27. — Séance de trois quarts d'heure. Pour la première fois, on obtient un mouvement de *flexion d'ensemble* des quatre derniers

doigts de la main. Le troisième est plus paresseux, mais il arrive à suivre les autres. Ce mouvement de flexion est beaucoup plus étendu qu'au début, il a lieu dans les trois phalanges. L'index et le pouce arrivent au contact par leur pulpe. Les mouvements sont lents, faibles et la flexion se fait souvent par saccades.

Pour la première fois aussi, on obtient de légers *mouvements d'extension* dans l'index et le cinquième doigt surtout. Le pouce fait maintenant de petits mouvements d'abduction, mais l'adduction est toujours plus facile.

Le malade est encore incapable d'écrire ou de presser le dynamomètre de la main droite. Poignet toujours tombant. En résumé, les mouvements volontaires sont apparus dans l'ordre suivant :

Flexion du pouce;
— de l'index.
— des deux derniers doigts;
— simultanée de tous les doigts;
Extension de l'index et du cinquième doigt et légère abduction du pouce.

Il semble que le malade exécute plus facilement les mouvements qu'on lui commande quand on les a fait exécuter passivement à ses doigts d'abord. Le massage de la région, qui fait disparaître l'œdème bleu semble être une circonstance adjuvante. Après avoir été ainsi améliorée, il sort au moins de mars de la Salpêtrière, mais cet état ne dura pas longtemps, car d'après une lettre qu'il a écrite à un malade de sa salle, la paralysie est redevenue complète.

Il s'agit ici d'un individu, entaché d'hérédité névropathique, chez lequel une *émotion* vive semble avoir provoqué le développement d'une monoplégie brachiale flasque. Il a vu son neveu se broyer le bras, subir l'amputation de ce bras et succomber enfin aux suites de cet accident. Or, quatre jours après, il présente lui-même une monoplégie brachiale du côté où deux ans auparavant il avait eu la clavicule fracturée (fracture longue à guérir, mal soignée au début, compliquée de suppuration, d'esquilles, d'intervention chirurgicale...). Il est vraisemblable que l'accident arrivé à son neveu a éveillé, consciemment ou inconsciemment, dans son cerveau, l'idée de paralysie brachiale. Cette idée a germé pendant trois ou quatre jours, puis s'est traduite extérieurement par une monoplégie du membre supérieur. Il devait fatalement en être ainsi : l'amputation du bras chez son neveu devait, chez cet homme traumatisé au niveau de l'épaule droite, logiquement éveiller cette idée de monoplégie brachiale et localiser cette monoplégie dans le côté

droit. Il a dû dans sa personnalité consciente ou inconsciente, peut-être dans ses rêves, comparer l'accident de son neveu à l'accident qu'il avait jadis éprouvé lui-même au niveau de l'épaule droite et sur lequel son métier de charretier avait attiré son attention pendant de longs mois. De cette comparaison a dû naître l'idée de paralysie.

Tout à fait singulier chez notre malade est *l'absence de troubles de la sensibilité* dans le membre paralysé. C'est un fait extraordinaire qu'on n'a pas encore observé jusqu'à présent du moins à notre connaissance dans les cas semblables de monoplégie hystérique [1]. Non seulement la sensibilité de la peau est conservée dans tous ses modes, mais aussi le sens musculaire est resté intact.

Cette monoplégie ressemble, à ce point de vue, beaucoup à la paralysie spinale par lésion de la corne antérieure; mais dans notre cas les réflexes tendineux ne sont pas abolis, la réaction de dégénérescence manque totalement et l'atrophie musculaire est très peu prononcée. Une lésion organique de l'écorce du cerveau (centre du bras) est encore plus improbable parce que cet homme n'a eu ni attaque apoplectiforme, ni étourdissements, ni vertiges, ni céphalalgie, etc., au moment où s'est produite la paralysie. Du reste, ce qui lève tous les doutes, c'est le résultat du traitement purement psychique qui a été institué. Déjà le deuxième jour de ce traitement, le malade était capable de faire quelques légères flexions du pouce et de l'index; dans des séances suivantes, les autres doigts ont commencé également à se mouvoir, de sorte que M. Charcot a pu montrer le malade, dans une leçon, en état complet de paralysie, et dans la leçon suivante en état d'amélioration très considérable. C'est là un fait positif qui démontre avec le rétrécissement du champ visuel et l'œdème bleu, la vraie nature de la maladie, à savoir l'existence d'une monoplégie purement fonctionnelle, d'une monoplégie hystérique, *sans anesthésie* concomitante.

Expérimentalement chez les hypnotiques, M. le professeur Charcot a pu réaliser des monoplégies sans troubles de la sensibilité, mais en suggérant au sujet l'absence de ces troubles [2].

[1] Nous parlons de monoplégie flasque sans contracture.

[2] Charcot. — *Œuvres complètes : Leçons sur la maladie du système nerveux*, t. III, p. 353.

On peut cependant, dit-il, je tiens à le faire remarquer, même chez les hystériques hémianesthésiques, obtenir la paralysie motrice, sans accompagnement aucun de troubles de la sensibilité; il suffit, pour cela, ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, de persuader au sujet, au moment même où a lieu la suggestion, que le mouvement seul sera paralysé et que la sensibilité restera intacte. Je ne voudrais pas généraliser hâtivement à propos d'expériences encore relativement peu nombreuses, mais je dois relever toutefois, que jusqu'ici, je n'ai pas encore observé cette variante sur les hystériques hémianesthésiques, auxquelles j'ai suggéré *purement et simplement*, la paralysie motrice du membre *sans rien dire de la sensibilité*. J'ignore, quant à présent, *ce qui adviendrait en pareil cas, chez les hystériques non anesthésiques.*

C'est ce que nous avons recherché chez une hystérique non anesthésique. Mais les hystériques de ce genre sont relativement exceptionnelles; nous avons cependant pu, avec le concours de notre ami, M. Souques, examiner, à la Salpêtrière, une femme atteinte d'amnésie [1] manifestement hystérique et hypnotisable; nous avons provoqué chez elle une paralysie brachiale, par suggestion, sans lui suggérer l'absence de troubles sensitifs. Dans ces conditions, nous avons obtenu la perte du mouvement mais aussi la perte de la sensibilité. Il s'agissait d'une femme chez laquelle on n'avait encore fait aucune expérience de ce genre. Mais, en somme, nous n'avons pu examiner encore qu'un seul sujet et nous ne voulons et ne pouvons rien conclure de cette expérience négative. Tout en croyant à la possibilité des monoplégies expérimentales purement motrices, nous pensons qu'il faut encore s'en tenir à la remarque de M. le professeur Charcot et ne pas préjuger, quant à présent, ce qui adviendrait en pareil cas, chez les hystériques non anesthésiques.

Quant à l'œdème bleu que nous trouvons chez notre malade, il a bien le caractère de l'œdème hystérique tel qu'il a été décrit par M. le professeur Charcot [2]. Généralement associé tan-

[1] L'histoire de cette malade, au point de vue amnésique a été rapportée par M. Charcot : *Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde. Revue de méd.*, t. XII, février 1892, et M. Souques: *Essai sur l'amnésie rétro-antérograde.* (*Rev. de méd.*)

[2] Charcot. — *Leçons du mardi,* t. II, juin 1889. (*Progrès Médical,* 1890, 2e s., t. XII, nos 41, 42, p. 259, 275.)

tôt à des altérations de la sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie, tantôt à des troubles du mouvement (paralysies et contractions) cet œdème bleu des hystériques se caractérise, on le sait : 1° par une infiltration ferme des téguments ne gardant pas l'empreinte du doigt ; 2° par un abaissement de la température locale qui peut aller jusqu'à deux, trois, quatre et même cinq degrés centigrades ; 3° par une coloration bleue violacée, quelquefois très foncée, quelquefois simplement lilas.

Nous rappelons à ce propos que M. Charcot a pu reproduire le symptôme par *suggestion somnambulique* chez une grande hystérique (nommée Pauline Schey...) un œdème bleu absolument identique à l'œdème spontané de ses malades.

Observation II. — *Monoplégie brachiale droite. Hystéro-saturnisme.* (Observation recueillie par M. Gaune, interne des hôpitaux.)

Le nommé Cherb..., âgé de cinquante-trois ans, peintre, est entré le 16 février 1892, à la Salpêtrière (service de M. Charcot), salle Parmentier, lit n° 10.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter dans les antécédents, sinon que son père était emporté.

Antécédents personnels. — Peintre depuis trente-cinq ans (depuis l'âge de dix-huit ans, il fait des enduits à la céruse). En 1888, puis en 1889, attaques des *coliques saturnines*. Pas alcoolique ; caractère emporté, émotif ; marié, il a cinq enfants dont quatre sont morts des convulsions en bas âge.

Début. — Dans les premiers jours de mars 1890 (il y a deux ans), après avoir éprouvé des chagrins et travaillé six nuits de suite, en plein travail, le malade est pris, sur son échelle (il peignait un plafond), d'une sensation de vertige — c'était vers une heure du matin — puis d'un tremblement général qui dura un quart d'heure environ. Son bras pris de faiblesse était tombé à plusieurs reprises pendant le travail. Aucune cause immédiate ; on peut noter cependant dans la journée un véritable surmenage et aussi un excès de boisson. Rentré à pied chez lui, le malade se déshabille sans difficulté ; jusque là pas de paralysie. Le lendemain, en se réveillant, son bras droit pend inerte le long de son corps et il éprouve dans la main droite une sensation de *fourmillement* qu'il compare à celle que donnerait du sable tombant sur la main. Cette sensation a persisté un mois environ.

Le lendemain, il entra à Saint-Antoine (service de M. Gingeot) ; on constate une *paralysie absolue* des doigts, du poignet, du coude

et de l'épaule pour l'extension et la flexion. La sensibilité est abolie dans tous les modes, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au moignon de l'épaule. Pas d'hémianesthésie. On constate en même temps la perte du réflexe pharyngien, de la dyschromatopsie et de l'anosmie. Au bout de quatre mois de traitement (électricité, bains sulfureux), le malade sortit de l'hôpital. Il pouvait mouvoir le coude et l'épaule, mais le poignet et les doigts restaient paralysés. Il se remit à travailler mais d'un travail facile, il mélangeait les couleurs. De temps en temps il venait reprendre son traitement à Saint-Antoine (service de M. Tapret; séjours de trois mois chaque fois).

Etat actuel. — La main droite est tombante en flexion et pronation, les doigts en demi-flexion. Les mouvements de l'épaule et du coude sont conservés, mais beaucoup moins puissantes que du côté sain. Impossibilité absolue de relever le poignet et d'étendre les doigts, même impossibilité pour les fléchir; cependant si l'on a soin de relever la main sur l'avant-bras, les doigts peuvent exécuter un très léger mouvement de flexion, et les premières phalanges étant maintenues sur la main, les deux derniers peuvent être relevés par le malade, de même aussi la main étant étendue sur une surface plane, il peut faire quelques mouvements de latéralité des doigts. Tous ces mouvements ont été récupérés depuis une quinzaine de jours.

Le long supinateur est paralysé et il n'y a pas de mouvement de supination, même dans la flexion du coude.

L'anesthésie depuis l'extrémité des doigts remonte à la manière d'un gant jusqu'à deux travers des doigts au-dessus du poignet. Hypéresthésie en manche de veste de la partie supérieure du membre.

Réflexes tendineux normaux, pas de tremblement de la main droite. Pas d'atrophie du membre paralysé. La main gauche étendue présente un tremblement oscillatoire rapide. Spasme : il y existe un spasme intermittent des muscles orbiculaires et signomatique du côté gauche de la face. Ce spasme serait apparu en même temps que la monoplégie. Les secousses seraient beaucoup moins accentuées et beaucoup moins fréquentes qu'au début de l'affection. La langue présente un tremblement fibrillaire très manifeste, elle est tirée à gauche.

Il y a un mois, lors de son entrée dans le service, le malade présentait encore une notable diminution de la sensibilité dans le membre paralysé, aujourd'hui il y a peu de troubles manifestes de la sensibilité.

Absence du réflexe pharyngien. Perte de l'odorat des deux côtés. Goût très émoussé. Dyschromatopsie monoculaire gauche et achro-

matopsie même pour le rouge. Le champ visuel notablement rétréci à gauche, normal à droite. Acuité visuelle diminuée, V = 5/10. Aucune altération du fond de l'œil.

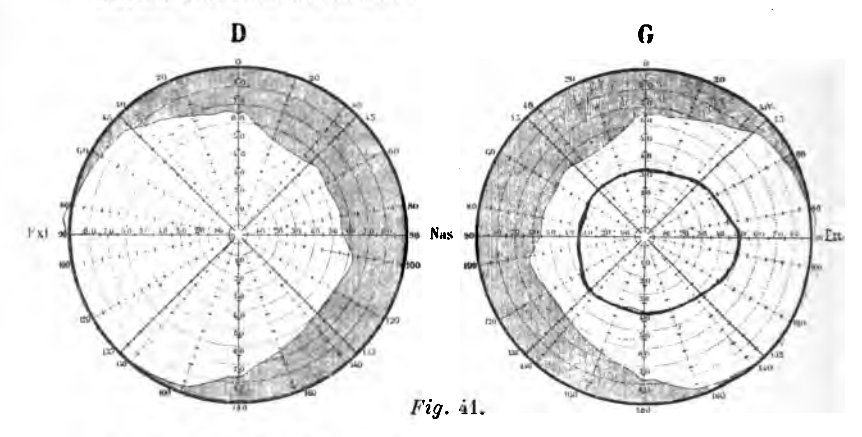


Fig. 41.

L'ouïe normale des deux côtés. Pas de points hystérogènes. Note de M. Vigouroux sur l'examen électrique des muscles paralysés (le 10 février 1892) : simple diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles paralysés.

Traitement et évolution. — Le malade a été traité comme le malade précédent (Obs. I), d'abord par la faradisation, puis par une éducation psychique et enfin par des exercices sur le dynamomètre.

Les premiers mouvements acquis ont été les mouvements de flexion des doigts, sans participation du pouce, puis quelques mouvements d'écartement des doigts, la main étant posée à plat sur une table, c'est surtout l'extension du petit doigt et de l'index qui était bien exécutée.

Enfin le malade a pu serrer le dynamomètre. A ce moment, la sensibilité revient sur la main et les doigts, il reste seulement une zone d'anesthésie en bracelet au niveau du poignet. Depuis, progrès continus dans la flexion des doigts, constatés au dynamomètre (voy. la courbe). Enfin le pouce peut fléchir et étendre sa dernière phalange et atteindre dans le mouvement d'opposition la pulpe de l'index.

Le poignet reste encore immobile. Le malade remarque qu'il peut mettre beaucoup plus d'énergie dans les mouvements du coude et de l'épaule.

10 *mars*. — Le mouvement du poignet est commencé, mais la sensibilité n'est pas encore tout à fait rétablie.

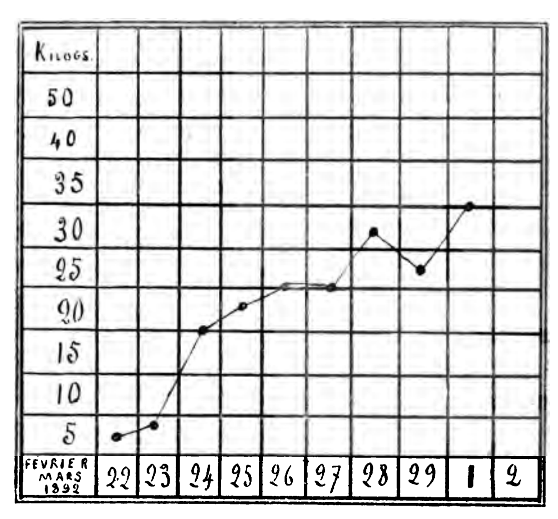


Fig. 42.

18. Il a pu écrire aujourd'hui, pour la première fois, depuis deux ans, une lettre. Dynamomètre à droite 40, à gauche 50. Le spasme sous-orbitaire persiste, chaque secousse spasmodique s'accompagne dans l'œil droit d'une sensation visuelle tout à fait analogue à celle du scotome scintillant de la migraine ophthalmique.

21. — Attaque de migraine ophthalmique avec injection conjonctivale, scotome scintillant qui d'abord plus petit, pendant l'attaque s'agrandit. La douleur siège au fond de l'œil et s'irradie aux nerfs sus et sous-orbitaires, la sécrétion des larmes est excessive. Le scotome est de couleur violette ou verte, bordé de lignes brisées et entouré de taches rouges qui voltigent. Cette attaque de migraine se répète quatre ou cinq fois par jour.

Traitement : bromure de potassium.

3 *avril*. — Les attaques de migraine ophthalmique vont s'atténuant peu à peu, l'injection conjonctivale est moins intense. Les mouvements du membre supérieur droit sont tout à fait libres.

6 *mai*. — Le malade quitte l'hospice. Le spasme glosso-labié et le scotome scintillant persistent encore. La dyschromatopsie de l'œil gauche est atténuée. Pas d'attaque de migraine ophthalmique. Les mouvements du membre supérieur droit sont tout à fait libres.

L'hypoesthésie au niveau du poignet a disparu. Le champ visuel s'est agrandi.

Voilà un cas de monoplégie brachiale hystérique qui s'est développé chez un saturnin. On sait maintenant, depuis que M. Charcot [1] a fait connaître la véritable nature des anesthésies saturnines ou soi-disant saturnines, que le plomb joue un rôle important comme agent provocateur de l'hystérie. Chez notre malade, le terrain était merveilleusement préparé à cet égard pour le développement de l'hystérie. La tristesse, le chagrin et le surmenage subi par le patient ont provoqué l'éclosion.

Le diagnostic dans ce cas ne présentait aucune difficulté; car en même temps que la monoplégie doublée d'anesthésie classiquement limitée, on observait un rétrécissement permanent du champ visuel, de la dyschromatopsie, l'absence de réflexe pharyngien, la perte de l'odorat, le spasme glosso-labié, etc.....

Quatre mois environ après le début de la monoplégie, le malade peut faire mouvoir son épaule et l'anesthésie disparaît peu à peu de la partie supérieure du bras jusqu'au-dessous du coude. C'est trois mois après — soit sept mois après le début des accidents que les mouvements du coude reparaissent presque subitement. Il est à noter que l'anesthésie ne s'est effacée qu'après le retour de sa motilité et beaucoup plus lentement que la paralysie motrice. L'électrisation, la balnéation sulfureuse prescrite dès le début et mise en pratique régulière pendant plus de six mois n'ont produit aucun changement dans l'état du malade. Les mouvements de l'articulation du poignet et ses doigts restaient toujours paralysés ; ils n'ont commencé à reparaître que par la mise en œuvre du traitement psychique.

Une autre particularité qui mérite d'être soulignée dans l'histoire de ce malade est la suivante : Il avait dès le début de sa paralysie un hémispasme facial du côté gauche, accompagné d'un scotome scintillant de l'œil correspondant. Or dans le temps que la monoplégie brachiale s'améliorait, on voit se développer des accès quotidiens de migraine ophthalmique qui

[1] Charcot. — *Leçons du mardi*, 26 juin 1886. (*Bulletin médical*, 1888, p. 387.)

ont duré plus de six semaines; après quoi, les accès de migraine ont disparu, mais le scotome a persisté, isolé comme il était tout d'abord.

Le scotome dans ce cas semble bien avoir été le signe précurseur de la migraine, ou plutôt comme une ébauche du syndrome lui-même. M. Charcot, en 1888, dans ses *Leçons du mardi* [1] et M. Babinski [2] ont montré que la migraine ophthalmique peut être une manifestation de l'hystérie, et plus récemment, M. Fink [3], dans sa thèse, en a rapporté deux nouvelles observations dues l'une à M. Raymond et l'autre à M. Souques. Il nous semble inutile de chercher à prouver par une analyse minutieuse que dans notre cas la migraine n'est autre chose qu'une manifestation de l'hystérie.

OBSERVATION III. — *Monoplégie brachiale gauche hystéro-traumatique, sclérose en plaques. Lésion organique des nerfs des muscles deltoïde et sous-épineux.*

Le nommé Math... J.-P., quarante-trois ans, ajusteur-mécanicien, puis manouvrier, entré le 27 février 1892, à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT), salle Prus, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Issu d'une famille de laboureurs, de paysans robustes et bien portants. Aucun antécédent névropathique.

Antécédents personnels. — Sa maladie actuelle est sa première maladie. Il avait toujours eu une santé parfaite. Il n'est pas alcoolique. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. Il n'est pas syphilitique. Soldat en 1870. Son métier, celui dans lequel il a travaillé la majeure partie de la vie, est celui d'ajusteur-mécanicien. En 1884, dans un moment de chômage, il s'embaucha dans une grande raffinerie comme mécanicien ; mais on l'employa comme enfourneur et la besogne étant bien rétribuée, il accepta de la remplir.

Cette besogne consistait à enfourner des briques préparées — la température des pièces de chauffe est de 60 à 80°. — Douze heures de travail par jour. Ce métier très pénible altéra un peu sa santé. Au bout de deux ans, en 1886, il avait un peu perdu de forces, il mangeait peu, mais travaillait encore régulièrement.

[1] Charcot. — *Leçons du mardi,* 1887-1888. Policlinique du 10 janvier 1888, p. 10.

[2] Babinsbi. — *De la migraine ophthalmique hystérique.* (*Archives de Neurologie,* vol. XX, nov. 1890, n° 60, p. 305 et suiv.)

[3] Fink. — *Des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie.* Thèse de Paris, juillet 1891.

Début. — A quelque temps de là (1886), il tomba malade. Un jour, il se sentit « *trop faible* », dit-il, et il dut cesser de travailler. Il n'avait plus d'appétit, il restait une partie du jour dans sa chambre ou sur son lit, faisait quelques promenades au dehors. Cet état de faiblesse dura trente jours environ. Eut-il de la fièvre à cette époque? impossible de s'en rendre compte. Ses réponses sont vagues quand on l'interroge sur cette période initiale de la maladie. Il raconte cependant qu'il eut à cette époque deux grosseurs ayant chacun le volume d'un œuf et siégeant au niveau des deux seins qui étaient gros et douloureux ; les mamelons étaient rétractés (probablement mammite). Une de ces grosseurs se vida et il en sortit un liquide séreux presque clair. Au bout de trente jours de cet état de malaise et de faiblesse générale, il voulut essayer de travailler; mais il ne peut faire sa besogne que pendant une huitaine de jours, et à grand'peine. Il n'était cependant paralysé, ni des jambes ni des bras. Il ne tremblait pas encore. Il n'avait pas de troubles de la parole. Il était seulement très abattu, débilité. Il essaya encore de s'embaucher (à plusieur reprises), après des périodes de repos, mais chaque fois il dut cesser son travail au bout de quelques jours. *C'est il y a quatre ans*, en 1888, que semblent s'être manifestés chez lui, les premiers symptômes de sclérose en plaque. Cela commença par de la titubation; ses jambes n'étaient pas et n'ont jamais été raides, mais faibles et comme maladroites. Sa démarche vacillante le faisait quelquefois prendre pour un ivrogne. Puis la parole s'est embarrassée, enfin le tremblement des mains est apparu plusieurs mois après. Le malade s'est présenté à la consultation de la Salpêtrière en 1887, puis de nouveau en 1890. *Diagnostic* : *sclérose en plaques.*

Depuis deux ans, il gagnait sa vie en distribuant des prospectus sur la voie publique. Il était donc atteint de sclérose en plaques et suivait le traitement qui lui avait été prescrit à la Salpêtrière, le 14 octobre dernier (1891), en suivant le trottoir de la rue Jeanne-d'Arc, il reçut le *choc violant sur l'épaule gauche* d'une persienne qui s'était détachée d'une fenêtre au troisième étage. Sur le coup il tomba sans connaissance. Relevé quelques instants après et conduit par un agent de police dans une pharmacie, il disait à l'agent qui le soutenait par son bras droit : mais où est mon bras gauche? — Donnez-moi mon bras ! — Ce bras était complètement paralysé; il pendait inerte. Et quand le malade prit sa main gauche avec sa droite il remarqua que sa main gauche était insensible. Après quelques soins, il fut reconduit à pied à son domicile. La paralysie du membre supérieur gauche n'a pas cessé d'exister depuis ce jour. Seulement, il y a trois semaines, le malade a recouvré petit à petit quelques mouvements de flexion et d'extension des doigts, des poignets et de l'avant-bras. Ces derniers sont très difficiles, très faibles, très restreints.

Après l'accident, pendant un mois et demi au moins, le bras paralysé a été le siège de douleurs sourdes, profondes, vagues, ne correspondant pas à tel ou tel trajet nerveux. Il en souffre encore quand on presse fortement à pleine main l'épaule gauche. Pas de cauchemars, pas de crise d'aucune sorte. Le 26 février le malade se présente à la consultation externe et est admis dans le service le lendemain.

Etat actuel. — *A*. Les symptômes qui permettent d'affirmer l'existence de la sclérose en plaques chez cet homme sont les suivantes : 1° titubation, démarche vacillante ; 2° parole scandée et lente ; 3° tremblement intentionnel de deux mains ; 4° nystagmus ; atrophie blanche de la papille ; 5° troubles urinaires, miction difficile ; 6° réflexe rotulien un peu brusque, mais pas de trépidation, pas de paralysie spasmodique.

B. Quant à la paralysie post-traumatique du membre supérieur gauche, elle présente les caractères suivants :

Paralysie complète des mouvements, dont l'épaule est le centre ; paralysie incomplète des mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras, du poignet et des doigts, sans prédominance de tel ou tel muscle ou groupe des muscles.

Atrophie des muscles pectoraux, sous et sus-épineux et tous les muscles du bras et un peu aussi de l'avant-bras, pas d'atrophie de muscle de la main. Voici la mesure des circonférences du bras :

	DROITE	GAUCHE
A 16 centimètres au-dessous de l'acromion point correspondant au milieu du muscle biceps.	24cm,1/2	21cm,1/2
Avant-bras, 11 centimètres au-dessous de la tête du radius	21	21
Maximum de circonférence de l'avant-bras.	24	23

Cette paralysie atrophique s'accompagne de contractions fibrillaires, mais ces contractions existent à droite et à gauche à peu près également. Dans les muscles deltoïde et sous-épineux du côté gauche on a trouvé par l'examen électrique la réaction de dégénérescence complète, tandis que les autres muscles ont conservé leur contractilité normale.

Réflexes non exagérés, faible même dans le bras paralysé. Le sens musculaire est aboli pour les mouvements de l'épaule et du coude gauche. Il est seulement obnubilé pour les doigts et les mouvements du poignet. Pour ces derniers segments, la notion de position n'est pas complètement perdue. Enfin, *anesthésie* dont la topographie est figurée sur le schéma suivant et qui porte sur les trois modes de la sensibilité générale.

La sensibilité pharyngée est abolie.
L'ouïe, l'odorat et le goût sont intacts.

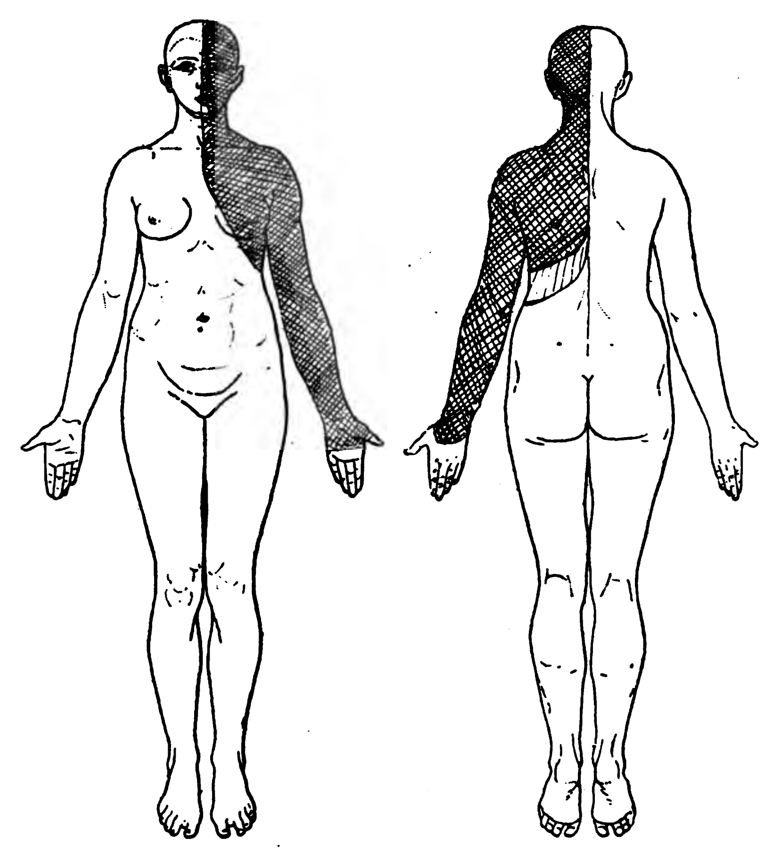


Fig. 43. — Distribution de l'anesthésie et de l'hypoesthésie dans la monoplégie brachiale hystéro-traumatique.

Partie quadrillée : anesthésie. — Partie à lignes verticales : hypoesthésie.

Vision (note de M. Parinaud, du 2 mars 1892). — Nystagmus avec parésie de tous les mouvements associés. Les pupilles réagissent normalement.

Œil droit : acuité visuelle diminuée (V = 1/8). pas de rétrécissement du champ visuel. Un peu de dyschromatopsie pour le vert. Atrophie blanche de la papille.

Œil gauche : rétrécissement irrégulièrement concentrique. Achromatopsie complète. Compte seulement les doigts à deux mètres. Atrophie de la papille plus accusée que du côté droit.

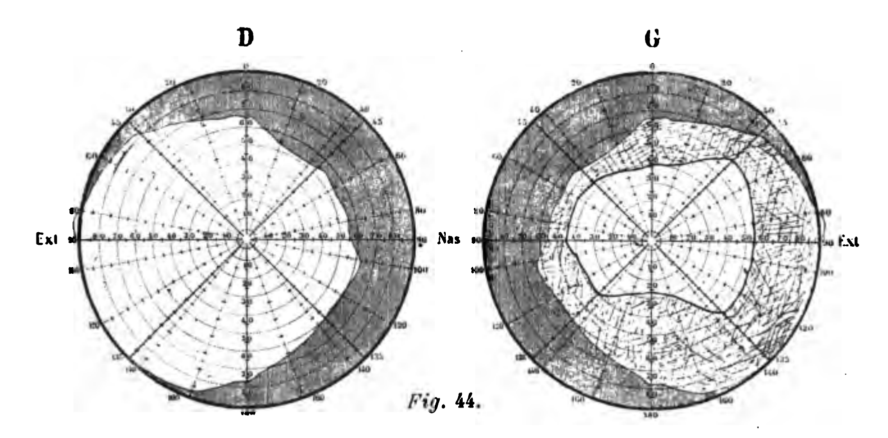


Fig. 44.

Traitement. — Douches toniques, électrisation et exercices quotidiens dans lesquels le malade s'efforce d'exécuter des mouvements divers des doigts de la main et des autres segments du membre supérieur gauche.

Depuis 21. /4. Le malade est capable de fléchir sans aide son avant-bras, mais à la condition que l'avant-bras s'appuie en s'élevant contre le thorax. Ce mouvement gagne par l'exercice chaque jour et on voit très bien maintenant la contraction du biceps.

Le malade, le 19 mai 1892, sans qu'un notable changement se fut produit dans son état, a quitté le service. Les limites de la zone anesthésique n'avaient pas changé, l'atrophie et la paralysie étaient stationnaires en ce qui concerne les mouvements de l'épaule.

Ce cas est complexe, on ne saurait l'interpréter sans discussion. L'hystérie et la sclérose en plaque sont les deux maladies du système nerveux qu'on voit coexister le plus souvent chez un même sujet, et il est parfois difficile de séparer dans les cas où ces deux affections se trouvent associées les symptômes appartenant à chacune d'elles (M. Charcot) [1].

[1] Charcot. — *Leçons du mardi*, policlinique, 11 décembre 1888.

En ce qui concerne l'existence chez notre malade d'une sclérose en plaques, le doute n'est guère possible.

Il a été reconnu dans le service même de la clinique qu'il était bien réellement atteint de cette affection bien longtemps avant l'accident dont il a été récemment victime et qui a déterminé la monoplégie brachiale sur la nature et les caractères de laquelle nous allons revenir; la démarche titubante, la dysarthie très particulière, le tremblement intentionnel, le nystagmus, l'atrophie blanche de la papille, relèvent incontestablement de cette maladie, et le diagnostic sur ce point est bien assuré.

Mais comment interpréter la paralysie du bras qui est survenue sous l'influence du choc violent que le malade a reçu sur l'épaule gauche? S'agit-il d'une lésion du plexus ou de ses racines? L'apparition immédiatement après le choc de la paralysie et une anesthésie complète de tout le membre, l'existence de la réaction de dégénérescence dans certains muscles atrophiés (sous-épineux et deltoïde) sont autant de particularités bien conformes à cette hypothèse. Mais il n'en est pas de même de l'anesthésie très particulière qui accompagne ces différents troubles moteurs. Cette anesthésie s'étend à la moitié correspondante de la tête, du cou et du thorax. Elle dépasse par conséquent et de beaucoup les limites que peut atteindre l'anesthésie dans le cas de lésion du plexus ou de ses racines. Par sa topographie, par la forme arrondie de ses contours, elle est tout à fait pareille aux anesthésies hystériques et l'on ne saurait guère imaginer une lésion organique centrale ou périphérique susceptible de réaliser une semblable anesthésie. On est donc conduit à admettre que cette monoplégie avec ses caractères complexes et en apparence contradictoires est due en partie au choc traumatique et aux lésions organiques qu'il a produites dans le plexus brachial et en partie aux troubles hystériques locaux que le traumatisme a fait naître. A la lésion du plexus doivent être rapportées la paralysie du mouvement et la sensibilité qui ont suivi immédiatement le choc et l'atrophie musculaire dégénérative nerveuse par la suite. A l'hystérie seule doit être attribuée l'anesthésie très spéciale qui double la monoplégie et peut-être aussi la paresse des mouvements de flexion de l'avant-bras. Cette interprétation étant acceptée, on comprendra aisément pourquoi le mouvement du coude a reparu rapidement sous l'influence d'un traitement psychique

(exercices et suggestions) auquel le malade a été soumis, tandis que l'épaule est restée immobile en raison de la nature organique des lésions auxquelles se rattachait la paralysie de ses muscles.

NOMS des auteurs	NOMS de malades	AGE	SEXE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS personnels	AGENTS provocateurs	PÉRIOD[E] de méditati[on]
M. Charcot (1888)		31 ans	Femme.		Grand-père du côté maternel était épileptique. Père douleurs articulaires et gravelle, mère douleurs articulaires.	A l'âge de dix-huit ans attaque de sommeil, à la suite de laquelle une série d'autres, pendant deux années.	La malade a donné une claque à son garçon d'un revers de main.	Presq[ue] imméd[iate]men[t]
»	L...		Femme.			Atrophie musculaire non spinale, type Landouzy-Déjerine. Hystérie avec hémi-anesthésie droite.	Compression de la main non anesthésié entre la courroie et la roue.	Quatre ou cinq minutes après l'accident
»	B. C...	27 ans	Femme.		Grand-père maternel avait des attaques. Deux de ses sœurs attaques hystériques.	Depuis l'âge de quatorze ans, attaques hystériques. 1883 une légère parésie du côté gauche.	Morsure d'un chien enragé à la main gauche et au menton.	Trois ou quatre jours.
»	O....	46 ans	Homme.	Monteur en bronze.	Inconnus.	Nuls.	Coup d'un maillet sur la main gauche (alcoolisme).	Quatre jours.
»	Hev. Roug	16 ans	Fille.		Grand-père bizarre, père nerveux.	Plusieurs accès de chorée rythmée. Il y a deux mois délire hystérique.	Choc sur l'épaule gauche en tombant dans un escalier.	Immédiatement.

Après avoir passé nos observations en revue, nous allons maintenant énumérer ces cas de monoplégie hystérique que nous avons trouvés dans la littérature et les comparer entre eux. Nous les avons résumés par ordre de date dans une série de tableaux synoptiques. Nous avons aussi relevé vingt-huit cas

TROUBLES moteurs	TROUBLES sensitifs	TROUBLES trophiques	RÉFLEXES tendineux	SENS spéciaux	AUTRES STIGMATES d'hystérie	RÉSULTAT de traitement
arésie de mouve-it du poignet gau-, surtout de l'ex-sion.	Anesthésie de la main, du poignet et d'une partie de l'avant-bras, se terminant par une ligne circulaire. Sens musculaire perdu.			Pas de troubles sensoriels.	Ovarie gauche. attaques hystériques avec serrement de la gorge, battement dans les tempes, etc.	
'aralysie du poi-et et des doigts.	Anesthésie cutanée et profonde jusque vers la moitié supérieure de l'avant-bras, perte de sens musculaire.				Hémianesthésie droite, hypnotisabilité, transfert de la sensibilité à la suite du traumatisme.	
ıralysie des doigts, poignet et du ıde, moins pronon-ı à l'épaule.	Anesthésie de la main, de l'avant-bras et du tiers inférieur du bras. Perte du sens musculaire.		Pas exagéré.	Retrécissement du champ visuel du côté gauche.	Crises hystériques	Après un an pas encore guérie.
Paralysie de la ıin et du poignet.	Anesthésie de la main, du poignet et de l'avant-bras jusqu'à 10 centimètres environ du coude. Perte du sens musculaire.			Retrécissement double du champ visuel.		
Paralysie totale du ımbre supérieur uche.	Anesthésie cutanée et profonde du membre supérieur gauche. Sens musculaire est perdu.			Rétrécissement du champ visuel à droite.	Hémianesthésie droite permanente ovarie gauche, attaque hystérique modifiée.	Guérie par suggestion pendant l'état hypnotique.

de monoplégie hystérique. Il faut cependant remarquer qu'il y a parmi ces cas quelques faits, dans lesquels la paralysie n'était pas exactement limitée à un seul membre, mais où un autre membre était aussi plus ou moins affaibli.

N°	NOMS des auteurs	NOMS des malades	AGE	SEXE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS personnels	AGENTS provocateurs	PÉRIOD[illegible] de médi[illegible]
1	M. Charcot (1885)	Porez...	23 ans	Homme.	Cocher.	Mère et sœur nerveuses, père buveur d'absinthe.	A l'âge de sept ans, traumatisme; à l'âge de seize ans, rhumatisme articulaire aigu	Chute sur l'épaule droite sans perte de connaissance.	6 jou[illegible]
2	»	Pin...	18	Homme.	Maçon.	Père alcoolique, ayant des attaques de nerfs.	Comme enfant, incontinence d'urine, mémoire faible, moral anormal. rhumatisme articulaire aigu; à l'âge de seize ans (insuffisance aortique).	Chute sur la partie antérieure de l'épaule gauche, perte de connaissance.	3 j[illegible]
3	»	Mouil...	25	Homme.	Campagnard, faisant la manœuvre à la gare.	Aucune maladie nerveuse.	Jamais malade, nullement nerveux.	Contusion de l'épaule droite prise entre le tampon d'un wagon et celui d'une locomotive.	Para[illegible] lysie [illegible] bras i[illegible] médi[illegible] ment[illegible] après l'accident, d[illegible] doigt[illegible] trois o[illegible] quatre jours après.
4	MM. Marie et Souza-Leite (1885)	Paris...	27	»	»	Inconnus.	Convulsion dans la première enfance ; à onze ans, après un cauchemar, contracture des membres; à vingt-cinq ans, crises convulsives.	Craintes de paralysie après l'éruption de zona au bras gauche et au thorax.	ca. 1[illegible] jours.
5	»	Alphonsine Poul...	27	»	»	Inconnus.	Depuis l'âge de douze ans, crises hystériques.	Engourdissement, tuméfaction, troubles vaso-moteurs dans le membre gauche, picotement à droite.	11 jou[illegible]
6	MM. Marie et Souza-Leite (1885)	Hug...	30	»	»	»	Convulsions dans la première enfance. A huit ans, douleurs épigastriques, toux sèche. 1882, pendant quarante-huit heures, étouffements, tremblements. 1883, embarras de la parole.	Fourmillement et engourdissement avec troubles vaso-moteurs dans les doigts et au bras sans cause (Nov. 1884).	ca. [illegible] heure[illegible]
7	M. Rendu (1885)	Ch. L....	38	Homme.	Broyeur de couleur.	Pas nerveux.	Jamais sérieusement malade, jamais de coliques saturnines. Céphalée en derniers temps. Un peu d'alcoolisme.	Compression du bras pendant le sommeil.	»

TROUBLES moteurs	TROUBLES sensitifs	TROUBLES trophiques	RÉFLEXES tendineux	SENS spéciaux	AUTRES STIGMATES hystériques	RÉSULTAT du TRAITEMENT
aralysie brachiale ite, les doigts sont pectés. Réaction trique normale.	L'insensibilité de l'épaule jusqu'à la main, corresp. de paralysie motrice. L'hémianesthésie droite moins prononcée. Sens musculaire aboli.	Température du membre paralysé abaissé; pas d'atrophie musculaire.	Réflexes tendineux un peu exagérés.	L'ouïe, le goût perdus au côté droit, rétrécissement du champ visuel aux deux côtés, polyopie monoculaire.	Insensibilité de pharynx.	L'amélioration de la paralysie et de l'anesthésie par hydrothérapie, électricité et exercice.
'arésie du membre érieur gauche. ction électrique male.	L'hémianalgésie gauche, l'anesthésie du bras gauche. Sens musculaire aboli.	»	un peu exagérés.	L'ouïe, l'odorat et le goût diminués à gauche. Rétrécissement du champ visuel gauche. Polyopie monoculaire.	Insensibilité de pharynx. Points hystérogènes, attaque d'hystéro-épilepsie.	Amélioration de la paralysie et de l'anesthésie.
'aralysie brachiale ite. Réaction élecque normale.	L'anesthésie au membre supérieur droit du moignon de l'épaule jusqu'aux doigts. Hypoesthésie dans toutes les parties du corps. Sens musculaire aboli.	»	un peu diminués.	L'ouïe, l'odorat affaiblis des deux côtés, le goût perdu. Rétrécissement du champ visuel. Diplopie monoculaire.	Insensibilité du pharynx, diathèse de contracture.	Pas d'amélioration.
Paralysie du mems supérieur gauche.	Hémianesthésie du côté gauche (d'abord fourmillement pendant vingt-quatre heures).	»	un peu exagérés.	Le goût, l'odorat abolis. Rétrécissement du champ visuel gauche.	Ovarie gauche, attaque d'hystérie	Guéri par aimant et par suggestion pendant l'état hypnotique.
Paralysie brachiale auche, quelques ars après, à droite, résie du membre érieur.	Hémianesthésie gauche. Sens musculaire gauche.	Température du côté paralysé abaissée.	exaltés.	Le goût, l'odorat diminués à gauche.	Ovarie gauche, point douloureux sous-mammaire gauche.	Guéri au bout d'une vingtaine de jours.
Paralysie brachiale oite.	Hémianesthésie complète au côté droit. Sens musculaire aboli.	»	diminués.	Le goût, l'odorat abolis à droite. Pas de rétrécissement du champ visuel.	Ovarie droite, attaque d'hystéro-épilepsie. Points hystérogènes sur toute la région de la colonne vertébrale.	Au bout de trois ou quatre jours, la paralysie se dissipe. Récidive le 4 février 1885.
Paralysie brachiale oite, parésie de la mbe droite, avec rticipation de la ce.	Hémianesthésie droite, surtout au membre supérieur droit. Sens musculaire aboli.	Nuls.	Réflexe rotulien exagéré.	Acuité visuelle normale, rétrécissement du champ visuel. L'ouïe, l'odorat, le goût abolis.	Anesthésie des muqueuses.	Amélioration par douche froide, faradisation quotidienne.

N°	NOMS des auteurs	NOMS des malades	AGE	SEXE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS personnels	AGENTS provocateurs	PÉRIOD[illegible] de médit[illegible]
8	M. Féréol (1885)	Met...	34	Homme.	Pas de profession fixe.	Père graveleux, goutteux, obèse et probablement alcoolique, attaque d'apoplexie. Mère paralysée depuis deux ans. Grand-père et grand'-mère maternels morts paralysés.	Convulsions dans son bas âge, masturbation. Vers l'âge de dix ans fièvre typhoïde grave, à la suite hébété pendant dix mois 1870. Couché une nuit sur la terre, paralysé; paralysie disparue, hémianesthésie restait encore deux mois.	Coup sur le côté gauche de la tête, produisant une large plaie, avec perte de connaissance.	Para[illegible] lysé [illegible] recte[illegible] après l'acci[illegible] dent
9	M. Debove (1885)	»	36	Homme.	Cordonnier.	Sœur hystérique et somnambulique.	Chancre induré il y a vingt-deux ans.	»	[illegible]
10	M. Burckhardt (1886)	L. K.	12	Fille.	»	»	Septembre 1883, elle tombe sur le genou droit, hypéralgésie et contracture, guéries par courant faradique.	Pincé l'avant-bras entre les battants d'une grand'-porte de jardin.	Trois jours
11	M. Duponchel (1886)	»	»	Homme.	Chevalier.	»	»	Chute de cheval, fracture du radius, fixation sur un appareil pendant deux mois.	»
12	M. Chauffard (1886)	X...	19 ans	Homme.	»	Névropathique.	1880, chute sur la paume des mains, ensuite paralysie spasmodique avec hyperesthésie, qui donne place à une monoplégie flasque et anesthésique. Elle disparaît par massage.	Frappé la tête contre une porte.	»
13	M. Lombroso (1886)	Cerisa Poli.	23 ans	Femme.	Modiste.	»	»	Accès convulsif sans perte de connaissance.	Paraly[illegible] immédia[illegible] tement après l'accès

TROUBLES moteurs	TROUBLES sensitifs	TROUBLES trophiques	RÉFLEXES tendineux	SENS spéciaux	AUTRES STIGMATES hystériques	RÉSULTAT du TRAITEMENT
...alysie du mem-... périeur gauche, ...e du membre ...eur, pas de pa-... de la face. ...ion électrique ...le.	Hémianesthésie gauche.	Atrophie musculaire au membre sup. gauche.	»	L'ouïe, l'odorat, le goût aboli. Amblyopie gauche, rétrécissement du champ visuel.	Attaques convulsives sans perte de connaissance.	»
...alysie brachiale ...	Anesthésie du bras droit, de la partie avoisinante du tronc et de la moitié correspondante de la face.	»	»	»	Très suggestionnable à l'état de veille. Attaque hystérique.	Au bout de deux mois guéri. Récidive de la paralysie, guéri par suggestion.
...ralysie brachiale ... Contractilité ...ique normale.	L'insensibilité s'arrêtant autour du poignet.	»	»	»	»	Guéri par courant faradique.
...ralysie brachiale ...té n'est pas noté.)	Anesthésie, abolition du sens musculaire.	»	»	Rétrécissement du champ visuel.	Abolition du réflexe pharyngien. Attaque hystérique.	Monoplégie persistait deux ans après l'accident, résistant à une série de moyens.
...ralysie brachiale ...he.	Anesthésie du membre paralysé.	Atrophie musculaire et osseuse du membre paralysé	Abolis.	Rétrécissement du champ visuel.	Zone hypéresthésique, hallucination nocturne, épistaxis.	»
...résie du membre ...rieur droit, para-... des mouvements ...oignet et de la ... à droite.	Hémianesthésie droite. Sens musculaire aboli à droite.	»	Normaux (réflexes cutanés abolis).	L'odorat et la vue diminués à droite. Dyschromatopsie légère pour le rouge et le vert.	L'ovaralgie gauche, points hypéresthésique au sternum et le long de la colonne vertébrale.	Disparition rapide de la paralysie et de l'anesthésie par courant continu. Persistance de l'hypéresthésie et des troubles visuels.

N°	NOMS des auteurs	NOMS des malades	AGE	SEXE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS personnels	AGENTS provocateurs
14	M. Babinski (1886)	Cab...	21 ans	Homme.	»	Mère aliénée, irritable, père de la mère mort par apoplexie.	Sujet à des accès de colère violente, suivie d'hémorrhagies, fait la campagne du Tonkin où il éprouve toutes sortes de souffrances et où il est blessé à la tempe.	Il tombe le 28 (XII) 1885 dans la rue, il perd connaissance, il ne revient à lui que le lendemain matin.
15	»	Bom...	21 ans	Homme.	Palefrenier.	Mère ayant attaques des nerfs.	Maux de tête depuis l'enfance, à vingt ans après avoir dormi en hiver dans une carrière, hémiplégie gauche, hémianesthésie sensitio-sensorielle.	Chute de cheval.
16	M. Babinski (1886)	Mouill.	29 ans	Homme.	Homme de peine au chemin de fer.	Nuls.	Jamais maladie sérieuse.	Violent traumatisme sur l'épaule droite, perte de connaissance pendant vingt minutes.
17	M. Rendu (1887)	V...	17 ans	Fille.	Etudiante de musique.	Grand-père maternel arthritique et l'oncle maternel a neurasthénie spinale, mère ayant par moments tympanisme.	Goutte (au gros orteil gauche), chlorose.	Foulé le poignet droit en tombant d'un escalier.
18	»	Amélie Bonnefons.	14 ans 1/2	Fille.	»	Inconnus.	Choléra en 1884. Depuis deux mois mouvements choréiques aux membres supérieurs.	Petite tumeur au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche, soignée par teinture d'iode et l'immobilisation pendant six mois.
19	M. Yourné (1888)	A...	20 ans	Homme.	Caporal.	Pas nerveux.	»	Une légère égratignure par un coup de bouton avec épanchement sanguin.
20	M. Guinon.	Aug... Alfred.	28 ans	Homme.	Employé dans une fabrique de minium.	Pas d'hérédité névropathique.	1888. Première colique de plomb (mai) septembre le bras gauche devenait lourd fourmillement de la main, petite attaque hystérique, cauchemar.	Plomb.

...OUBLES ...oteurs	TROUBLES sensitifs	TROUBLES trophiques	RÉFLEXES tendineux	SENS spéciaux	AUTRES STIGMATES hystériques	RÉSULTAT de TRAITEMENT
...ysie du mem-...érieur gauche ...s alternatives ...dité et de con-...: léger affai-...ent du mem-...érieur gauche.	Hémianesthésie gauche.	Une semaine après le début de la paralysie atrophie musculaire. Température du bras gauche élevée. On peut provoquer raies vasomotrices.	Exagérés.	L'ouïe, l'odorat, le goût affaiblis à gauche, rien du côté des yeux.	Attaque à formes variées de nature hystériques. Points hystérogènes. Mutisme transitoire.	Paralysie disparaît à la suite de massage, l'amyotrophie s'atténue à la suite du retour des mouvements.
...bre supérieur ...complètement ...é, membre in-... très peu at-...D'abord flasque ...contracté. La ...ndemne. Con-...té faradique ...vée.	Hémianesthésie gauche.	Atrophie des muscles paralysés.	Conservés.	Le goût, l'odorat, abolis à gauche.	(Malade était examiné à une époque où l'hystérie chez l'homme n'était pas encore connue.)	Amélioration.
...oplégie bra-... droite (affai-...ment transi-...du membre su-...r gauche et des ...res inférieurs).	Anesthésie absolue du membre supérieur droit, diminution de la sensibilité dans tout le reste du corps.	Amyotrophie légère du membre paralysé, simple au point de vue des réactions électriques. Membre supérieur droit plus froid qu'à gauche, la main plus rouge.	Affaiblis à droite	Abolition du goût et de l'odorat, affaiblissement de l'ouïe. Rétrécissement double du champ visuel et diplopie monoculaire.	Anesthésie du pharynx.	Différents moyens ont été employés sans pouvoir faire disparaître la paralysie.
...atigue de l'a-...bras et faiblesse ... main droite ». ...ion électrique ...ale.	Sensibilité à la douleur et la température abolies, sensibilité tactile affaiblie.	Légère atrophie des muscles de l'éminence thenar.	»	Normaux.	Pas de points hystérogènes, pas d'anesthésie pharyngienne.	Guéri pa... pression sur u... dynamomètre et par aimant
...résie du membre ...rieur gauche.	Hémianesthésie gauche.	»	»	Le goût, l'odorat diminués à gauche, rétrécissement du champ visuel au même côté.	»	Par l'appli...cation d'aima... la sensibilit... est revenue. Ré...cidive de la pa...résie.
...résie brachiale ...te; flexibilitas ...a, certain degré ...ontracture. Con-...tilité musculaire ...inuée.	L'anesthésie superficielle et profonde en forme de manche (d'abord engourdissement et fourmillement).	Nuls.	»	Nuls.	L'insensibilité du pharynx.	Guérison pa... suggestion pe... dant le somme... hypnotique.
...aralysie du mem-...supérieur gauche, ...main reste libre. ...ction électrique ...male.	Anesthésie à gauche au-dessus du sourcil jusqu'à ombilic et la main gauche, plus profonde de l'épaule jusqu'au poignet. Membre inf. droit aussi anesthésique sens musculaire perdu.	»	Réflexe rotulien faible.	Double rétrécissement du champ visuel. Diplopie monoculaire avec macropsie et micropsie. Le goût aboli, l'ouïe affaibli à droite.	Quatre points hystérogènes, réflexes affaibli.	»

°	NOMS des auteurs	NOMS des malades	AGE	SEXE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS héréditaires	ANTÉCÉDENTS personnels	AGENTS provocateurs
1	M. Determann (1890)	M. B.	42 ans	Homme.	Fabricant.	Epilepsie chez son frère.	Pas d'alcoolisme, pas de traumatisme. Le malade est un peu nerveux.	Le 21 (IV) 1890, à 11 heures du matin, il tombait sans cause connue dans un état de perte de connaissance, qui dura jusqu'au matin de 22 (IV).
2	M. Souques. (1890)	Ed. Lemer...	38	Homme.	Plombier.	Mère très nerveuse, père d'intelligence bornée.	Coliques de plomb en 1879.	Plomb. Le 24 juin, le malade éprouve des *vertiges*; il tombe mais se relève presque aussitôt. Son membre supérieur droit était engourdi sans force.
23	»	B. Dug...	54	Homme.	Chaisier.	Père alcoolique, mère morte d'apop. rébrale; sœur migraineuse	Alcoolisme, l'occupation à tamiser la céruse depuis 1888 jusque récemment. Coliques de plomb.	Plomb.
24	»	Laf. C...	»	Homme.	Peintre en bâtiment.	Inconnus.	Pas nerveux. Février 1889, première attaque de colique saturnine, suivie par plusieurs autres. Amaurose double et passagère.	Plomb.
25	M. Souques (1890)	A. Carn...	50	Homme.	Peintre en bâtiments.	Inconnus.	Sept attaques de coliques de plomb. Il y a quinze jours, le malade a éprouvé des vertiges, des crampes, des douleurs articulaires.	Plomb.
26	M. G. Ballet (1890)	C...Gaston.	25	Homme.	Journalier.	Frère mort d'épilepsie à l'âge de 23 ans.	1886, il a été pris subitement d'une hémiplégie gauche avec aphasie qui dura trois mois; en 1887, récidive de l'hémiplégie, sans aphasie.	Inconnus.
27	M. Sérieux (1890)	S...	25	Femme.	Infirmière.	Nuls	Jamais malade.	Coup d'épingle à cheveux à la main droite.
28	M. Charcot (1890)	D...	21	Homme.	Fumiste.	Père saturnin, alcoolique.	Il est sujet depuis longtemps à des étourdissements. Fréquentes insomnies.	Le 24 (XII) 1888, chute d'une hauteur d'un deuxième étage, perte de connaissance. Fracture du radius, en sortir de l'appareil à fracture, début des phénomènes parétiques (premier accès de paralysie), la deuxième accès au 20 XII 1889.

TROUBLES moteurs	TROUBLES sensitifs	TROUBLES trophiques	RÉFLEXES	SENS spéciaux	AUTRES STIGMATES hystériques	RÉSULTAT du TRAITEMENT
us les muscles . jambe gauche raides, il traîne ımbe.	Anesthésie au membre inférieur gauche depuis le pli de l'aine jusqu'aux doigts du pied.	Température de la jambe gauche abaissée couleur un peu bleue.	»	Le goût, l'odorat, l'ouïe normaux Diplopie monoculaire et amblyopie droite. Rétrécissement du champ visuel à deux côtés.	»	Paralysie motrice et sensitive est guérie par deux séances électriques, amblyopie et diplopie restent encore.
.résie du membre rieur droit.	Anesthésie dans le membre supérieur droit, dans la moitié de, la tête, du cou et du tiers supérieur du thorax.	»	»	Le goût, l'odorat et l'ouïe sont affaiblis du même côté. Rétrécissem. du champ visuel à droite.	»	Troubles moteurs sensitivo-sensorielles sont disparus par un traitement hydrothérapique et restituant.
abord lourdeur, paralysie du mbre supérieur t. Contractilité dique conservée.	Anesthésie cutanée, correspondante de paralysie.	»	»	Diminution notable du champ visuel à droite.	»	L'amélioration par douche, iodure de potassium et bains sulfureux.
aralysie brachiale che, conservation a contractilité faique.	Anesthésie incomplète du membre supérieur gauche.	»	»	Rétrécissement du champ visuel gauche.	»	»
aralysie brachiale che.	Anesthésie complète dans le membre supérieur gauche, superficielle et profonde.	»	»	Le goût, l'odorat sont simplement émoussés à gauche, champ visuel rétréci en haut pour l'œil gauche.	»	Le malade sort après dix-huit jours dans le même état.
'aralysie brachiale ıche, légère paréfaciale.	Hémianesthésie gauche (crâne du côté gauche respecté).	Atrophie en masse des muscles et des os. Température abaissée à gauche.	»	L'ouïe affaibli à gauche, l'odorat des deux côtés.	Point douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche.	»
'arésie du bras oit.	Anesthésie jusqu'au niveau du pli du coude (d'abord hypéresthésie).	»	»	»	Au moment du diagnostic et deux mois après la production des accidents aucuns stigmats d'hystérie.	Quarante-huit heures après l'accident, la sensibilité est revenue, le bras toujours faible.
Monoplégie brachiale gauche, spécialement sur la main, poignet et l'avant-bras.	Anesthésie complète d'une manche de veste. Sens musculaire perdu à la main et l'avant-bras.	Nuls	Affaiblis à gauche.	Rétrécissement du champ visuel à deux côtés, mégalopsie, diplopie monoculaire. Le goût aboli sur toute la surface de la langue. L'ouïe diminuée. à droite.	Etourdissement, battements dans les tempes, points hypéresthésiques au-dessous du mamelon gauche. Réflexe pharyngien aboli.	Le premier accès de la paralysie guéri par une opération chirurgicale, le deuxième s'améliore par douche et gymnastique.

RÉFLEXIONS SUR LES CAS DE MONOPLÉGIE HYSTÉRIQUE.

Nombre. — Nous avons donc trouvé dans la littérature depuis l'année 1885 jusqu'à 1890 vingt-huit cas de monoplégie hystérique, auquel j'ajoute trois cas de même genre, c'est en somme *trente-un cas de monoplégie hystérique flasque.*

Sexe. — Sur ces 31 cas, 23 ont trait à des sujets du sexe masculin et 8 à des féminins.

Age. — L'âge des malades varie entre douze et cinquante-quatre ans : voici la distribution dans chaque cinq ans :

AGE	NOMBRE DES MALADES	AGE	NOMBRE DES MALADES
10-15 . . .	2	35-40 . . .	3
16-20 . . .	4	41-45 . . .	2
21-25 . . .	8	46-50 . . .	1
26-30 . . .	6	51-55 . . .	2
31-35 . . .	1		

Profession. — On peut remarquer que la plupart des malades s'occupaient à des métiers nécessitant une grande dépense de force musculaire. Il s'agit en somme presque toujours de sujets exerçant un métier rude. En second lieu il convient de noter sur les 23 malades dont la profession nous est connue, 6 étaient exposés de par leur profession à l'intoxication par le plomb.

Hérédité. — Dans nos 31 cas, nous rencontrons : 13 fois une hérédité nerveuse bien nette, 8 fois peu d'hérédité nerveuse, 9 fois les antécédents sont restés inconnus, 1 fois le saturnisme et l'alcoolisme figurent dans les antécédents héréditaires.

Parmi les hérédités nerveuses, nous avons noté : l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, la migraine vulgaire et la neurasthénie.

Antécédents personnels. — Parmi les maladies qui ont précédé de près ou de loin l'apparition de la monoplégie hystérique et peut-être préparé l'éclosion de la névrose, deux fois le rhumatisme articulaire a été noté, deux fois la chorée, une fois la goutte et la sclérose, six fois l'intoxication saturnine, une fois la fièvre typhoïde, une fois la syphilis et une fois la sclérose en plaques.

D'autre part, on retrouve dans l'enfance de la plupart des malades des convulsions, de l'incontinence d'urine, des perversions d'ordre moral, etc. Dans trois cas, il s'agissait d'alcooliques avérés, dans quatre cas, nous avons noté une récidive de paralysie et dans plusieurs cas, des crises hystériques plus ou moins nettes. Chez trois personnes, nous n'avons pu connaître les antécédents personnels. Deux malades seulement n'avaient jamais été malades.

Agents provocateurs. — Parmi les agents provocateurs, le *traumatisme* se place au premier rang. Ainsi nous rencontrons dans quinze cas un choc quelconque, léger ou grave, depuis le simple coup d'épingle jusqu'à la fracture, comme cause provocatrice de la monoplégie.

Dans six cas, nous avons noté le *saturnisme*, où la paralysie se développait soit après surmenage soit après vertige, douleur articulaire, lourdeur, etc. Chez les individus qui ont eu déjà quelques symptômes d'hystérie, elle se manifeste soit après un accès hystérique, soit à la suite de fourmillements, d'engourdissements ou de troubles vasomoteurs, etc., dans le membre intéressé (cinq cas). Dans trois cas une émotion morale, une cause provocatrice avait été la cause occasionnelle du développement de la paralysie. Deux malades avaient déjà été atteints de paralysie après s'être couchés une nuit dans un endroit humide et froid. La fixation et l'immobilisation du membre semble avoir quelque influence sur le développement de la paralysie, car nous avons vu chez deux malades après un traumatisme qui avait nécessité l'immobilisation du membre dans un appareil de fracture se développer une paralysie; chez qui la simple immobilisation sans trauma préalable avait été suffisante pour provoquer une paralysie brachiale.

Période de méditation. — On entend par ces mots la période qui s'étend depuis l'apparition de la cause accidentelle jusqu'à la réalisation de la paralysie psychique. Dans seize cas, il nous a été impossible de préciser la durée de cette période; dans les autres cas, les choses, ont été comme il suit :

Dans 4 cas immédiatement.	Dans 1 cas après 6 jours.
— 1 — après une nuit.	— 1 — après 8 —
— 1 — après 14 heures.	— 1 — après 11 —
— 1 — après 24 heures.	— 1 — après 12 —
— 3 — après 3 jours.	

Troubles de la sensibilité. — On trouve dans les cas où à côté

19. Journée. — *Monoplégie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion.* (*Prog. méd.*, 1888, 4 nov.)

20. Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie.* Paris, 1889, p. 158.

21. Determann — *Hystérische Monoplégie.* (*Neurologisches Centralblatt*, 1890.)

22-25. Souques. — *De l'hystérie mâle.* (Extrait des *Archives générales de médecine*, n° d'août 1890.)

26. — Ballet. — *Sur un cas de monoplégie brachiale hystérique avec atrophie.* (*Bulletin et Mém. de la Soc. méd. de Paris*, 1890, p. 407.)

27. Sérieux. — *Choc nerveux local et hystéro-traumatique.* (*Archives de Neurologie*, t. XX, 1890, p. 231.)

28. Charcot. — *Clinique des maladies du système nerveux*, t. I, Paris, 1892, p. 29.

UN CAS DE SCOLIOSE DANS UNE MYOPATHIE PRIMITIVE ATROPHIQUE;

Par le Dr J. SACAZE,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Des travaux récents viennent d'établir la présence assez fréquente de la scoliose dans les névropathies, et bien qu'encore cette question demande de nouvelles recherches pour éclairer de nombreux points obscurs, on connaît cependant déjà un peu les caractères de cette déviation dans la sciatique, dans la syringomyélie, le tabès, la sclérose en plaques. Ce chapitre est au contraire à faire entièrement pour les diverses atrophies musculaires progressives familiales. « Les myopathiques atteints d'atrophie des muscles des gouttières vertébrales et de la masse sacro-lombaire sont affectés de la lordose paralytique avec cyphose dorsale que Duchenne a décrite comme conséquence de ces insuffisances musculaires. Chez eux, *pas de scoliose, ou scoliose insignifiante*[1]. » Telle est la conclusion émise par M. Hallion, après avoir examiné un certain nombre de malades et parcouru beaucoup de faits connus. Nous avons

[1] Hallion. — *Les déviations vertébrales névropathiques*, Thèse Paris, juillet 1892.

nous-même tenté quelques recherches, et dans aucune des observations qui sont tombées sous notre main, nous n'avons trouvé cette déformation signalée. Il semble donc que notre cas, où il s'agit d'une scoliose très nette, est le premier fait de ce genre connu. Cette particularité, qui déjà lui communique une très grande valeur, ajoutée à quelques autres considérations que nous tâcherons de mettre en relief, le rendent, comme on va le voir, plein d'intérêt et digne d'être étudié avec soin.

F... (J.), âgé de seize ans, habite avec ses parents une petite maison située sur les montagnes.

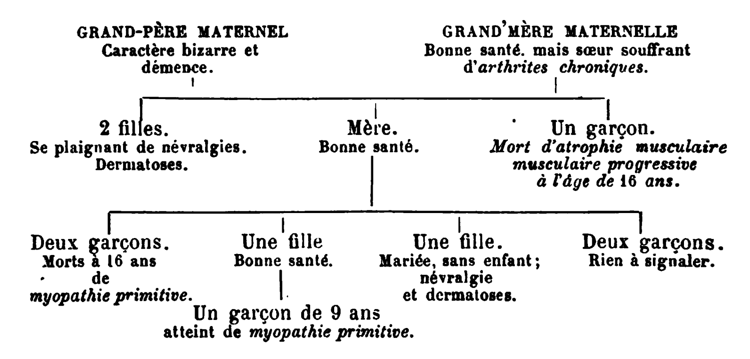
Antécédents héréditaires. — Le *grand-père maternel* appartient à une famille où le tempérament névropathique s'est révélé chez plusieurs membres, sous diverses formes. Il est lui-même mort, vers l'âge de soixante ans, dans la démence. Quant à la *grand'mère maternelle*, elle a toujours eu une santé très forte; mais une de ses sœurs vient de mourir, présentant depuis quelques années des arthrites rhumatismales chroniques.

Père. Caractère vif. — *Mère.* Sa santé a été toujours bonne. Il n'en a pas été de même pour tous ses frères ou sœurs. D'abord, *un de ses frères* a présenté une *atrophie musculaire progressive*, qui débuta à l'âge de trois ou quatre ans; au début il y eût de l'hypertrophie des mollets; puis peu à peu l'émaciation survint, n'épargnant dans sa marche que la face; c'est dans cet état que ce jeune garçon succomba à seize ans, La plupart *de ses sœurs* ont montré une grande vivacité de caractère; en outre, elles ont éprouvé de temps en temps des névralgies dans divers points du corps, et chez leurs enfants, nous avons trouvé enfin des manifestations non seulement névropathiques, mais aussi herpétiques.

Notre patient n'est pas le seul enfant de sa famille qui a dû supporter les atteintes de la maladie. Il a déjà vu mourir un de ses frères d'atrophie musculaire. Celle-ci, d'après les renseignements que les parents nous ont fournis, commença par de la faiblesse dans les jambes, à l'âge de sept ans; on se souvient que les mollets, à ce moment, étaient très gros; ce n'est que plus tard que les membres inférieurs diminuèrent de volume. A une période assez rapprochée du début, la faiblesse et l'atrophie s'emparèrent également des bras; la face ne montra jamais aucun trouble. Durant les quelques mois qui précédèrent la mort survenue à seize ans, cet enfant se plaignit plusieurs fois d'une douleur dans la hanche droite; celle-ci devint progressivement, bien plus émaciée que la gauche, à tel point, nous a-t-il été répété, que les os semblaient avoir disparu en grande partie.

Une de ses sœurs, sans enfants, présente tantôt des névralgies

et tantôt des manifestations herpétiques. Une autre sœur, d'une bonne santé habituelle, possède un jeune garçon âgé de neuf ans, qui, depuis deux ans, a quelques symptômes de la myopathie primitive; il est, en effet, vite fatigué, ressent de la peine à monter les escaliers, et offre de l'hypertrophie des jambes. Le tableau suivant permet de bien saisir les particularités que nous venons de donner sur l'hérédité.



Histoire antérieure de la maladie. — Elle aurait débuté à l'âge de sept ans. Jusqu'à ce moment, la santé n'avait offert aucun trouble bien manifeste. On aurait tout d'abord constaté de la faiblesse dans les membres inférieurs, et une certaine hypertrophie des mollets. Vers cette époque, l'enfant serait tombé, en s'amusant, dans une flaque d'eau, et pendant quelque temps, aurait supporté l'humidité.

Les membres supérieurs ne tardent pas à être pris; mais ici, la difficulté des mouvements coïncide avec une diminution considérable des masses musculaires entourant l'épaule. Nous le voyons pour la première fois le 10 septembre 1888. Ce qui nous frappe alors, c'est la faiblesse, assez grande dans les bras, mais surtout manifeste dans les membres inférieurs. La marche n'est guère possible qu'avec deux béquilles; ainsi soutenu, il lui est permis de parcourir une certaine distance. Sans cet appui la fatigue survient très vite, et, de plus, il montre une peine considérable à se tenir sur ses jambes. On le voit alors porter son tronc fortement en arrière, ne toucher le sol qu'avec la partie antérieure des pieds, et écarter ses jambes; puis il se met à marcher très lentement, à petits pas, n'avançant ses pieds qu'au prix d'un effort considérable; son tronc décrit en même temps des oscillations latérales, et reste porté en arrière. Il a donc, comme tous les malades de ce genre, du vrai dandinement.

Il montre de la difficulté pour se remuer dans le lit, et une fois

couché par terre, s'il veut se relever, il est obligé de se servir beaucoup de ses bras, et n'arrive à donner à son corps la position verticale qu'en prenant sur ses jambes une série de points d'appui avec ses mains, ce qui lui permet de hisser en quelque sorte le haut du tronc et la tête jusqu'à la situation cherchée.

Il ne peut pas s'habiller, à cause de la gêne des divers mouvements dans les membres supérieurs.

Les mollets sont un peu hypertrophiés. L'atrophie des bras, quoique manifeste, n'offre pas encore un degré extrême. La région lombaire, sauf l'ensellure, a un aspect normal. Les pieds montrent un léger équinisme. Les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement. Etat général bon.

Dès que l'affection a commencé à s'établir, divers traitements ont été tentés. On a employé successivement des vésicatoires placés le long de l'épine dorsale, des toniques, des frictions sur les membres, des bains chauds, des bains sulfureux, etc. L'électricité est un des rares moyens qui n'ont pas été essayés, à cause du défaut d'appareil.

Dans le courant de l'année 1889, l'atrophie apparaît aux jambes, aux cuisses, au tronc et s'accentue un peu plus aux membres supérieurs. La marche devient alors complètement impossible, même avec le secours des béquilles. A certains moments, éclatent dans les genoux quelques douleurs assez légères; signalons aussi des épistaxis fréquentes et abondantes. Cet état continue à s'aggraver durant l'année 1890, et *au mois d'avril* 1891 nous revoyons le malade.

L'atrophie des jambes, des cuisses, du tronc et des bras est très évidente; les fesses possèdent encore un volume presque normal Les mouvements sont des plus limités; le malade remue un peu ses pieds, et continue à se servir assez bien de ses mains pour fabriquer avec beaucoup d'art de petits jouets. Les doigts n'offrent pas de griffe. Par suite de la rétraction de certains muscles, il n'est déjà plus possible de remettre les membres dans une position rectiligne.

Il passe la plus grande partie de la journée au plein air, assis sur un siège très peu élevé, ce qui lui permet d'appuyer son tronc sur la face antérieure des cuisses et sur les genoux, de venir ainsi en aide aux muscles du dos. Celui-ci ne présente aucune déformation. — Rien d'anormal également à noter du côté de la tête, sauf quelques manifestations acnéiques.

Cet enfant se plaint parfois de légers fourmillements dans les pieds, et d'un peu de trépidation du côté des membres pendant son séjour au lit. Il y a une certaine diminution de l'appétit.

1892. 23 *avril*. — A part la tête qui continue à rester à peu près indemne, les autres parties du corps sont atrophiées; en outre, la jambe gauche paraît légèrement plus amaigrie. De chaque côté

des creux poplités, on sent une saillie formée par les tendons des muscles fléchisseurs qui sont rétractés.

A l'examen du dos, nous trouvons une *scoliose* déjà fort accentuée, et dont la convexité est tournée à gauche. Cette scoliose s'est montrée il y a cinq à six mois, et a pris un degré très marqué en un court espace de temps. Les dernières côtes gauches forment une saillie considérable en arrière, tandis que celles du côté droit sont enfoncées, au niveau du flanc et de l'hypochondre et portent en avant et en bas cette portion du thorax. Il survient assez souvent des sueurs abondantes pendant la nuit, bien qu'on ait soin de mettre peu de couvertures. Epistaxis. Les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement.

1893. 14 *février*. — *Etat actuel*. — Les divers détails que nous allons fournir sont représentés en grande partie sur les dessins ci-joints, qui ont été faits d'après des photographies tirées ce jour-là (*fig*. 45 et 46).

Un simple coup d'œil suffit pour constater l'état d'amaigrissement considérable que montrent les quatre membres; les masses musculaires ne masquent plus les saillies des os. La face seule échappe à l'atrophie. Quant aux mouvements, ils ont presque entièrement disparu ; le malade peut remuer un peu les pieds, plier les genoux. Il continue à se servir de ses doigts, de ses mains, et parvient à plier légèrement l'avant-bras sur le bras. Néanmoins, tous ces mouvements sont accomplis avec très peu de force. Pour s'en convaincre il n'y a qu'à lui donner ses mains à serrer; à peine sent-on une faible pression. La tête a conservé la plupart de ses mouvements.

Par lui-même, il est incapable, non seulement de relever son tronc en avant, tandis qu'il est assis, mais encore de garder la position verticale : un soutien est toujours nécessaire. Aussi est-il à peu près constamment le jour, dans une chaise à bras, où il peut appuyer ses coudes, de manière à mieux maintenir le haut du tronc et l'empêcher de s'effondrer davantage. Pour faire la photographie la mère a dû le soutenir. La mastication, et les autres actes de la digestion ne paraissent pas troublés.

Au niveau du dos, nous trouvons la scoliose qui semble s'être un peu plus accentuée depuis le mois d'avril 1892. La colonne vertébrale décrit une courbure très grande, appartenant à vrai dire à la variété dorsale principale, bien qu'elle soit peut-être légèrement dorso-lombaire. Sa convexité est tournée à gauche.

A la région cervicale, le rachis semble se porter dans une direction opposée; mais cette déviation est si faible qu'elle ne nous paraît pas bien mériter qu'on s'y attache, et qu'on trouve là une véritable courbure de compensation.

Les six à sept dernières côtes gauches constituent une saillie postéro-latérale très marquée. A droite, elles sont plutôt enfoncées

dans ces mêmes points, atteignent presque la crête iliaque, et



Fig. 45.

en avant, les cartilages costaux proéminent et descendent plus bas que du côté opposé. Le sternum est porté de droite à gauche.

L'extrémité du sacrum et le coccyx soulèvent modérément la peau en arrière En outre, le sacrum a décrit un petit mouvement de rotation, de manière que sa face antérieure s'est tournée légèrement à gauche. Ceci nous explique en même temps la position particulière de la hanche droite qui occupe un plan plus antérieur que celle du côté opposé.

La lordose lombaire que nous avions notée dans des examens antérieurs, loin de s'accentuer, a fait place au contraire à un certain degré de cyphose qui s'est combinée à la scoliose. Il est impossible de faire disparaître ces déviations par le redressement; lorsqu'on cherche à soulever le malade, en le saisissant sous les aisselles, à peine arrive-t-on à les diminuer. Autant que nous avons pu en juger par la palpation que nous avons faite à travers les parties molles, les os de la colonne vertébrale, du bassin, et de la cage thoracique ne nous ont pas paru offrir des altérations profondes comme cela a été rencontré dans certaines affections nerveuses (syringomyélie, tabès, etc.). A part les déformations entraînées par la scoliose, il nous a semblé qu'il n'y avait ni atrophie ni ramollissement très manifestes. Pas d'exostose.

Nous avons examiné de la même manière les os des membres, et nous n'y avons décélé aucun détail intéressant à retenir.

L'épaule gauche occupe, comme le montre notre dessin, une position bien plus élevée que celle du côté droit. Cette différence ne dépend nullement d'une forme particulière de la cage thoracique en ce point; les côtes n'ont pas changé là leur aspect, ni leur direction ordinaires. A notre avis, elle doit être mise sur l'habitude contractée par le malade dans la station assise, en raison de la scoliose, de s'appuyer assez fortement sur le membre supérieur de ce côté. Et si maintenant elle persiste, c'est que la clavicule et les tissus voisins se sont fixés dans cette situation irrégulière.

Malgré la déformation vertébrale, la respiration ne paraît pas trop gênée. Il en est de même de la digestion.

La sensibilité ne présente aucun trouble. Quant à l'intelligence, elle est assez développée; ainsi, nous avons été frappé par l'habileté avec laquelle il avait fabriqué certains jouets; en outre, bien qu'il n'ait point fréquenté l'école, il arrive à faire des opérations compliquées et longues, grâce aux quelques éléments de calcul qu'il a puisés auprès de ses parents; il fait ces opérations entièrement de tête. Il ne sait pas écrire.

La peau des jambes est un peu froide et violacée.

Voix faible et rauque. — *Mort* le 24 février.

D'après l'ensemble des détails que nous venons de donner, soit sur l'hérédité, soit sur l'évolution de la maladie, il n'est pas douteux que nous sommes en présence ici d'*une atrophie*

musculaire progressive familiale. Et afin de spécifier un peu



Fig. 46.

plus, nous pouvons rapprocher ce cas du *type Leyden-Mœbius* à cause de l'hérédité d'abord, et puis à cause du cachet spécia

de l'atrophie qui n'a été précédée que d'une hypertrophie assez légère aux membres inférieurs, tandis qu'aux bras, elle s'est montrée immédiatement. Cette observation, intéressante, en raison de la scoliose, renferme encore quelques autres particularités qui ne doivent pas être passées sous silence et que nous allons indiquer dès maintenant.

Au point de vue héréditaire, il n'est pas banal de voir la maladie frapper trois générations successives et conserver à peu près la même forme, le même type. Nous trouvons encore là une preuve de la prédisposition bien plus grande du sexe masculin, fait qui, d'ailleurs, a été noté par quelques auteurs. Il nous a paru nécessaire de rechercher du côté des ascendants ou des collatéraux les causes de cette affection familiale.

Les renseignements que nous avons pris à diverses sources indiquent d'une manière évidente l'existence à la fois du nervosisme et de l'arthritisme, l'un chez le grand-père maternel de notre malade, l'autre chez la grand'mère maternelle. Cette hérédité ressemble donc beaucoup à celle que l'on rencontre dans la plupart des maladies nerveuses, et peut-être joue-t-elle à l'égard des myopathies le même rôle important qu'on lui attribue très fréquemment dans l'hystérie, l'épilepsie et les autres manifestations névrosiques, rôle sur lequel insistent plusieurs auteurs [1], et en particulier l'Ecole de Montpellier [2].

Nous devons encore signaler l'analogie très grande qu'a présentée l'affection comme évolution chez les trois sujets qui ont déjà succombé. Elle a commencé à peu près au même âge, et par des troubles fonctionnels identiques, et dans la suite, l'atrophie musculaire, progressant de plus en plus, a entraîné la mort chez tous, à l'âge de seize ans.

Enfin, parmi les points importants que cette observation renferme, il y a la déviation vertébrale poussée à un très haut degré. Il n'est pas nécessaire, en effet, afin de la constater. d'avoir recours aux divers moyens indiqués par les auteurs pour les cas où elle est à peine dessinée. Cette scoliose se montre au premier coup d'œil est accompagnée des autres dé-

[1] Déjerine. *Hérédité dans les maladies du système nerveux.* Thèse agrég., 1886. — Féré. *Famille névropathique.* (*Arch. de Neurologie,* 1884, etc.)

[2] Grasset. — Art. *Diathèse,* in *Dict. encyclop. des sciences médicales,* p. 252. — *Rapports de l'hystérie avec les diathèses en général, et spécialement avec diathèses scrofuleuse et tuberculeuse.* (*Montpellier méd.,* mars-août 1884.

formations, qui se produisent le plus souvent en pareil cas, soit du côté de la cage thoracique, soit du côté du bassin.

Son existence étant admise, il convient de se demander qu'elle a pu être sa pathogénie, il convient d'examiner à laquelle des nombreuses théories qui ont été données pour expliquer le mécanisme de la scoliose, nous devons rattacher celle que nous a présentée ce malade.

Nous éliminerons immédiatement les théories physiologique, ligamenteuse et costrale. Il s'agit surtout de savoir, à notre avis, si c'est à l'altération musculaire, ou bien à un trouble trophique des vertèbres, ou encore à ces deux causes réunies que cette déviation mérite d'être attribuée. A vrai dire, la théorie musculaire possède quelques arguments en sa faveur. On conçoit, en effet, sans peine que la colonne vertébrale n'ayant plus pour maintenir sa position verticale les mêmes liens dont elle jouit à l'état normal, puisse se déformer, et cette déformation sera encore plus facile à comprendre, si on l'admet que l'atrophie se trouve plus marquée d'un seul côté.

Néanmoins, tout en reconnaissant que l'altération musculaire a dû avoir une certaine action dans notre cas, il nous semble nécessaire de faire intervenir d'autres éléments, et surtout, de tenir compte d'un trouble trophique osseux ayant pour siège les vertèbres. On connaît des cas de paralysie atrophique de l'enfance où les muscles du dos avaient été profondément touchés, où même la lésion avait frappé spécialement un côté, et où on ne constatait pas cependant une scoliose aussi marquée que celle qui existe chez notre malade ; elle était au contraire très légère. La théorie musculaire n'est donc pas à même d'expliquer complètement le mécanisme de cette disposition du rachis ; nous sommes ainsi amené à faire entrer en ligne de compte pour une grande part l'altération osseuse. La scoliose ne s'est produite, et surtout n'est devenue aussi considérable que parce que la myopathie, dans sa dernière période, s'est compliquée d'une lésion de vertèbres. Mais pourquoi cette lésion, à quelle cause la rattacher ? Telle est la question que nous allons maintenant aborder.

On pourrait penser, en premier lieu, au rachitisme. Néanmoins, cette hypothèse nous paraît susceptible d'être écartée, d'abord, parce que notre malade a dépassé l'âge où cette affection se montre le plus fréquemment, et puis parce que nous ne découvrons aucun des autres signes habituels (déformations

du thorax, nouures épiphysaires, incurvation). La discussion avec l'ostéomalacie est encore moins possible.

Il reste donc deux explications qui demandent d'être examinés avec bien plus de soin. La scoliose, chez ce myopathique, ou bien n'est que la conséquence du mauvais état de nutrition que la maladie a peu à peu entraîné, ou bien mérite d'être rapprochée comme origine de l'atrophie musculaire.

Depuis bien longtemps, c'est une notion courante que la misère physiologique, l'alimentation défectueuse, la sédentarité, etc., ont une influence considérable sur les déviations vertébrales. De telles conditions se sont trouvées réalisées jusqu'à un certain point chez ce jeune garçon, et il y a lieu de croire qu'elles ont eu un rôle. C'est même à elles, presque exclusivement, que nous rattacherions la scoliose si quelques considérations que nous allons indiquer ne nous faisait pressentir un rapport étroit comme cause entre cette déformation et l'atrophie musculaire.

En traçant l'histoire héréditaire de notre patient, nous avons eu soin de dire qu'un de ses frères frappé par cette même maladie avait présenté une atrophie de la racine du membre inférieur droit; les parents, qui avaient été surpris de cette diminution considérable, nous ont donné des détails permettant de croire à une réelle altération osseuse de cette portion du squelette.

D'ailleurs, ce cas n'est pas le premier où soient signalés des troubles trophiques. M. Hallion[1] a déjà publié un cas semblable, où il s'agissait d'un enfant de treize ans et demi, atteint d'une atrophie musculaire, à peu près générale, et qui présentait au niveau du fémur droit des traces probables d'une fracture spontanée.

Voilà donc deux faits qui semblent établir l'existence de lésions osseuses dans les myopathies, et nous portent un peu à penser que la scoliose, chez notre malade, doit reconnaître la même pathogénie. Nous aurions, par conséquent, affaire à une altération atrophique analogue à celle qui envahit le système musculaire et semblant se produire vers la phase ultime. Et alors, étant donnée cette pathogénie, on conçoit fort bien pourquoi il est légitime de considérer les divers types

[1] Hallion. — *Myopathie primitive avec lésions osseuses; fracture spontanée probable.* (*France médicale*, 1891, n° 47.)

d'atrophie musculaire progressive familiale comme des affections névropathiques, de les mettre un peu en parallèle avec le tabès, la maladie de Friedreich, la sclérose en plaques, etc.

L'hérédité d'abord, les troubles trophiques ensuite, constituent des arguments d'une grande valeur à ce point de vue, et notre observation en fournit un excellent exemple.

La théorie osseuse, soutenue par Bouvier[1], Dubreuil[2] et plusieurs autres auteurs pour la scoliose idiopathique, nous semble devoir être encore ici adoptée. Mais tout en attribuant le principal rôle à cette cause, nous sommes prêt à reconnaître que la paralysie des muscles spinaux a eu aussi une certaine action qu'elle n'a pas manqué de rendre la déformation plus accentuée; cette paralysie a même peut-être fait qu'il ne s'est pas produit de courbure de compensation très évidente. Nous aurions désiré pouvoir donner à ces considérations une base anatomique, rechercher l'état des rachis et des centres nerveux; des circonstances particulières nous ont rendu l'autopsie impossible.

Les détails importants à retenir dans le fait que nous venons d'étudier sont donc :

1° Des antécédents héréditaires névropathiques et arthritiques;

2° Une atrophie musculaire familiale ayant déjà frappé des membres dans trois générations successives;

3° Une scoliose très marquée attribuée à une altération trophique des vertèbres de même nature probablement que la lésion musculaire.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS SINGULIER DE L'HYSTÉRIE MALE;

Par le professeur N. M. Popoff (de Varsovie).

Ce n'est pas depuis longtemps que le tremblement comme un symptôme d'hystérie ait attiré l'attention des cliniciens.

[1] Bouvier. — Art. *Rachis*, du *Dictionnaire enclyclopédique.*

[2] Dubreuil. — *Eléments d'orthopédie.*

Ce n'est que dès le moment où on a reconnu l'énorme importance des maladies hystériques chez l'homme et que beaucoup de névropathologues contemporains ont consacré toute une série d'études à ces maladies et nous ont donné leur précision caractéristique, c'est alors qu'on a appris que parmi les symptômes de la grande névrose le tremblement n'occupe pas la dernière place.

Les travaux de Charcot, de Pitres et de leurs élèves, parmi lesquels se font distinguer ceux de Dutil et de Bitot, sont trop connus, pour qu'on eût besoin de donner ici une description exacte du tremblement hystérique. Ils nous ont démontré que ce tremblement peut présenter toutes les formes différentes du tremblement, qui ont été jamais observé dans les maladies nerveuses, et ne possède aucune particularité qui, d'elle-même, nous donnerait le droit de le considérer catégoriquement comme une variété à part. Dans ce cas, ni le rapport du tremblement aux mouvements volontaires, ni l'amplitude des oscillations, ni leur nombre n'ont pas une importance absolue. Ce n'est que le rapport de ce phénomène à tout l'ensemble symptomatique qui fait la diagnose.

Constituant un des symptômes de la névrose, le tremblement hystérique peut présenter des degrés différents, mais le plus souvent il joue un rôle très subordonné et dans cette conclusion tous les observateurs de tous les pays sont d'accord.

Ainsi le Dr Oseretzkowsky (*De l'hystérie chez les militaires*. Thèse de Moscou, 1891. Russe), se fondant sur de riches matériaux, affirme d'une manière catégorique, que dans ses cas, le tremblement comme un symptôme principal était observé bien rarement ; cependant, les cliniciens français ont démontré que ce phénomène est plus propre aux affections hystériques chez l'homme que chez la femme. Relativement rares se trouvent ces observations, où le tremblement a prévalu longtemps dans le cours de la névrose, mais plus rarement encore on rencontre des cas, où le tremblement en gardant le caractère dominant dans le tableau clinique de la maladie apparaissait périodiquement comme des attaques. Nous avions eu l'occasion d'observer un pareil cas il y a deux ans.

P. S..., paysan, vingt et un an, est passé de l'hôpital d'Ujordow à ma clinique pour être démontré aux étudiants ; comme un conscrit il était sujet à l'épreuve.

L'individu d'une taille moyenne, d'une bonne et robuste consti-

tution, un peu anémique. Quand aux organes intérieurs, ils ne présentent rien de pathologique. Lorsqu'il est couché tranquillement, ses membres inférieurs sont dans un tremblement continu,

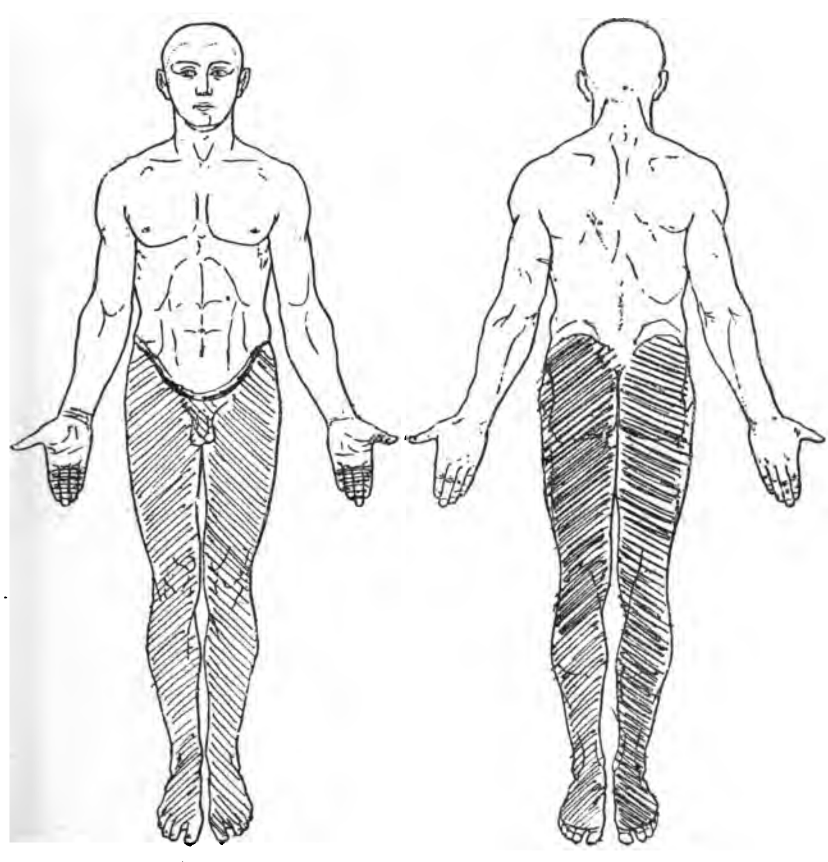


Fig. 47. *Fig.* 48.

régulier et rythmique, auxquels prennent une part principale les muscles extenseurs et fléchisseurs du pied. Ce tremblement, très rapide, a des amplitudes courtes, s'accroît sensiblement quand on observe la malade et atteint un haut degré lorsque P. S... s'efforce de faire un mouvement volontaire ou d'être debout, davantage encore quand il essaie de marcher. Le malade ne peut rester debout que lorsqu'il se tient ferme à quelque chose et il ne marche

qu'en s'appuyant sur deux hommes, en trépignant et perdant facilement l'équilibre. Chaque émotion augmente à l'instant même son tremblement. On observe la même chose quand on demande au malade de faire un effort de la volonté pour supprimer ce tremblement. Mais le plus fort devient ce phénomène si l'observateur tâche d'arrêter avec ses propres mains les mouvements des membres du malade et les troubles moteurs deviennent plus accusés, plus on veut leur opposer.

L'examen objectif de P. S... nous a permis de constater encore d'autres troubles non seulement moteurs, mais aussi sensitifs.

L'irritabilité mécanique des muscles du tronc et des membres, ainsi que les réflexes tendineux sont augmentés; la force musculaire diminuée d'une manière considérable : la main droite porte le dynamomètre à 10 et la gauche jusqu'à 3. Une diminution évidente de la force musculaire peut être aussi observée sur les mouvements des membres inférieurs. Toutes les espèces de la sensibilité cutanée sur la tête, les extrémités supérieures et sur le tronc demeuraient intactes, tandis que sur les extrémités inférieures le sens du toucher était émoussé et celui de la douleur, de la température et la sensibilité faradique manquaient complètement. Les limites supérieures de la zone anesthésique passaient les plis inguinaux en avant et en arrière, elles atteignaient les bords supérieurs des muscles fessiers. (Voir *fig.* 47 et 48.)

L'examen périmétrique a démontré dans l'un et dans l'autre œil un rétrécissement concentrique du champ visuel pour la couleur blanche (voir *fig.* 49 et 50). Les centres visuels des autres couleurs ne pouvaient être déterminés d'une manière exacte, parce que le malade (un homme assez borné et peu développé) se fatiguait bien vite.

Suivant son propre récit, nous avons appris qu'il était malade dès son enfance et que sa maladie s'est déclarée comme une série d'attaques d'un caractère assez uniforme : sans une cause évidente tout d'un coup apparaît un tremblement des extrémités inférieures et persiste pendant deux semaines pour disparaître brusquement. Pendant l'accès, le malade n'éprouve la douleur si par accident il s'est frappé aux pieds et sans recours de la vue il ne peut distinguer s'il est chaussé ou non.

Chaque accès laisse une sensation de fatigue habituellement durant quelques jours et immédiatement après l'attaque, le malade ne peut s'occuper de ses travaux agricoles. Des accès se suivent toujours à certains intervalles à peu près d'un mois, mais ils peuvent aussi éclater plus souvent étant, en ce cas, provoqués par quelque émotion, par exemple, par l'effroi et alors ils ne durent plus que deux à trois jours et n'exercent aucune influence sur l'attaque successive.

Le malade ne peut pas indiquer la cause de sa maladie, ni don-

ner un renseignement s'il y avait dans sa feuille une hérédité névro ou psychopathique.

Depuis le premier examen, j'ai eu encore plusieurs fois l'occasion de voir le malade et de me faire certain que le tremblement persistait chez lui durant deux semaines avec des interruptions seulement pendant le sommeil. Après ce temps, le trouble moteur disparaît tout d'un coup : le malade se réveille un matin sans éprouver

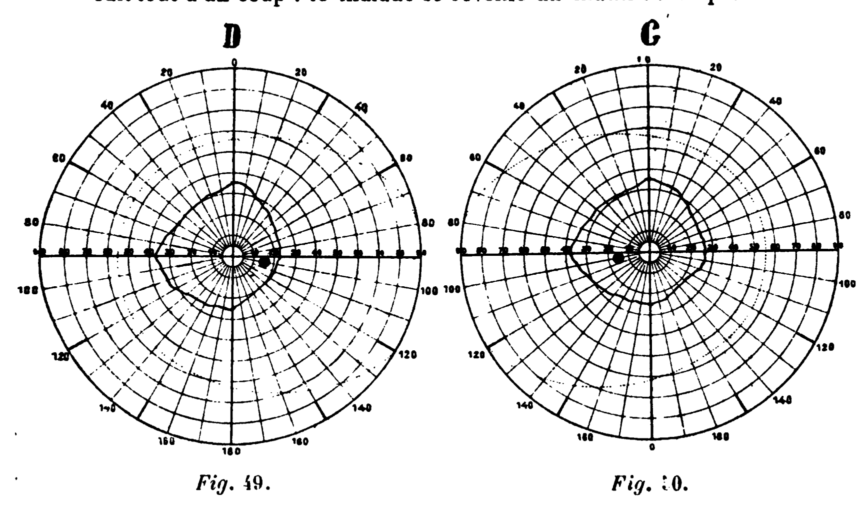


Fig. 49. *Fig.* 50.

le tremblement, la sensibilité se rétablit ; il n'éprouve qu'une sensation d'écrasement et des douleurs aux muscles des extrémités inférieures ; il ressent une telle fatigue qu'il peut à peine marcher appuyé sur un bâton. L'examen périmétrique démontre cependant que son champ visuel reste comme auparavant rétréci.

L'état d'une santé relative dure jusqu'à trois semaines et, sans incidents, on voit soudainement éclater avec une exactitude remarquable tout l'ensemble symptomatique déjà décrit.

En considérant le caractère singulier du tableau clinique de la maladie, on peut aisément conclure que nous avons un cas d'hystérie.

En effet, le rétrécissement concentrique et persistant du champ visuel, l'exagération des réflexes tendineux, le caractère et la localisation particulière des troubles sensitifs, leur apparition périodique, enfin, le tremblement, tout cela nous donne bien à conclure que le dernier symptôme est aussi dû à la névrose hystérique.

Par ses propriétés essentielles, le tremblement chez notre malade peut être rapporté à la première forme du groupe moyen, suivant la classification de Dutil ou au second type de Charcot. Mais un caractère tout à fait singulier acquiert notre cas par l'apparition périodique du tremblement présentant le plus éclatant symptôme de l'accès hystérique.

Quoique Dutil mentionne que le tremblement hystérique peut quelquefois présenter des attaques, mais il a observé que de telles attaques étaient toujours amenées par une émotion et précédé par des prodromes habituels : sentiment de serrement de la gorge, de pesanteur dans l'épigastre, bourdonnement, etc. Ce n'est qu'après de semblables accidents prémonitoires que se développait, chez les malades de Dutil, le tremblement qui ne durait que quelques heures et disparaissait après tout à fait jusqu'à une nouvelle éclosion. Après une ou plusieurs attaques, ajoute l'auteur, le tremblement peut devenir stationnaire et durer des semaines et mois entiers. De ces mots, on doit conclure que les accès du tremblement, observés par Dutil, présentaient seulement une phase dans l'évolution de la grande névrose. M. Pitres en décrivant une forme du tremblement qu'il a nommée trépidatoire, cite un cas, où le tremblement hystérique se bornait, comme chez notre malade, au membre inférieur et durait plus de dix ans. Cependant son cas ne présentait guère des périodes.

L'observation de Nomollé (hémianesthésie hystérique anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur. *Prog. Méd.*, 1879, p. 518) concerne aussi un accès chronique où le tremblement s'augmentait par les émotions et les mouvements et ne s'étendait qu'au membre inférieur, où par conséquence le tableau clinique rappelait notre cas sous plusieurs rapports.

Parmi les nombreuses observations d'Ozeretzkowsky, c'est seulement dans nos 55 et 56 que sont décrites les attaques du tremblement, lesquelles du reste n'étaient pas fréquentes et ne présentaient aucun type régulier ; ils interrompaient comme une phase le cours de la maladie. Le même caractère porte le tremblement dans un cas très enseignant de Greidenberg (*Wratch.*, 1888, no 44, Russe).

Plus rapproché à notre observation que toutes celles qui ont été jusqu'à présent cité, paraît être le cas de Chambard. (*Hémichorée et tremblement hystérique. L'Encéphale*, 1881.)

La névrose hystérique chez la malade de cet auteur s'est développée à l'âge de huit ans et s'est manifestée comme un tremblement du membre inférieur droit, apparu soudainement après l'effroi.

Le premier accès de la maladie ne durait que quelques jours, mais il était suivi par toute une série d'accès semblables qui duraient cependant plus longtemps. Quelquefois, le tremblement ne s'observait pas des années entières, quelquefois aussi, les attaques se suivaient rapidement, de temps en temps s'étendant sur toute la musculature volontaire et, comme l'auteur en a fait l'expérience, disparaissant pour un moment à la suite de la pression sur la région ovarienne pour céder à une contracture généralisée après laquelle suivait un état d'affaiblissement et perte de conscience. Souvent dans les intervalles des accès du tremblement étaient observées des attaques typiques de la grande hystérie.

Ainsi chez la malade de Chambard, le tremblement était le plus éminent symptôme de la névrose et se déclarait par des accès : mais ce symptôme avec son uniformité ne présentait aucune périodicité régulière dans son apparition et était entremêlé d'attaques hystériques d'une autre forme ; en un mot, il était dépourvu de toutes les particularités essentielles observées dans notre cas.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XXXI. Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements (folie du doute avec délire du toucher) ; par MM. Raymond et Arnaud.

A propos de trois observations des plus intéressantes, MM. Raymond et Arnaud reprennent l'histoire de l'affection dénommée par le plus grand nombre des auteurs : folie du doute avec délire du toucher. Cette appellation claire sans doute autant que brève, et réunissant dans son énoncé deux ordres de symptômes qui coexistent souvent, a cependant le défaut de trop restreindre et de dénaturer les faits ; car d'une part le mot *doute* n'est pas applicable à tous les cas, et, d'autre part, le mot *toucher* pourrait laisser croire à tort qu'il s'agit d'un trouble du sens du toucher.

Les divergences qui existent encore sur cette affection tiennent à ce que chaque auteur a presque exclusivement étudié quelques-unes des manifestations les plus saillantes de ce trouble mental.

Deux ordres de faits ont été presque entièrement passés sous silence qui cependant paraissent expliquer la plupart des autre phénomènes et conduisent à une conception d'ensemble du sujet, ce sont : 1° le fonctionnement général des facultés, autrement dit le *dynamisme mental;* 2° l'état des mouvements volontaires.

Tout d'abord s'impose la distinction de l'état mental général et des symptômes plus en relief qui pourraient masquer son importance. Ces symptômes essentiels et fondamentaux de la maladie, dont ils fournissent la caractéristique véritable, ont été réunis par MM. Raymond et Arnaud en différents groupes, suivant qu'ils dépendent : 1° de l'*inactivité* (instabilité, irritabilité mentales ; panophobie, arrêt en présence de ce qui est inconnu ou imprévu) ; 2° de l'*hésitation psycho-motrice* (hésitation de la volonté, incertitude des mouvements, malades incapables par eux-mêmes d'une volonté efficace et ayant conscience de leur faiblesse, éprouvant le besoin de s'abriter sous une tutelle) ; 3° de la *neurasthénie* (tendances hypochondriaques et mélancoliques, névralgies diverses, sensations pénibles, troubles digestifs et vaso-moteurs).

Ces groupes qui se pénètrent plus ou moins sans se confondre trahissent dans sa généralité le manque de pondération, le défaut de stabilité des fonctions nerveuses, en un mot le trouble profond du dynamisme mental. Ce trouble primitif et général qui porte sur les éléments moteurs communs à l'intelligence et à la volonté, détermine, dans chacune des opérations mentales, des symptômes de même ordre : hésitation intellectuelle produisant le doute et la nécessité des répétitions intérieures et des affirmations de la part des personnes présentes; — hésitation de la volonté, aboulie, avec toutes ses conséquences; — hésitation et difficulté des mouvements musculaires et des actes, qui ne peuvent plus s'exécuter avec les procédés normaux, et qui exigent l'emploi de moyens accessoires.

Au-dessus de l'état général, qui est à peu près fixe et constant, apparaissent des symptômes plus variables qui ne sont que l'exagération de l'instabilité psycho-motrice. En première ligne, se rencontrent les *obsessions conscientes* à forme interrogative ou dubitative et qu'on peut distinguer en deux grandes classes : dans l'une les malades se préoccupent des questions insolubles de leur nature comme la vie, la nature, la création, etc., c'est le doute métaphysique; — dans l'autre, les interrogations se rapportent à des problèmes susceptibles d'une vérification immédiate. En fait toutes ces obsessions sont liées à un *état émotif*, s'accompagnent des mêmes phénomènes d'*anxiété* et aboutissent au bout d'un certain temps au même trouble des actes correspondant au *délire du toucher* (lavage

des mains, craintes des contacts, gestes anormaux, répétitions etc.).

Bien que les *tendances impulsives* soient à peu près constantes, les impulsions franches, *véritablement irrésistibles* manquent souvent.

Pas plus que les impulsions, les *idées tardives de suicide* ne font partie intégrante de cet état morbide, les tentatives de suicide de ces malades ont le caractère d'hésitation de tous leurs actes et restent habituellement puériles et sans résultat.

Tous ces symptômes surajoutés à l'état général fondamental variant avec chaque malade, varient aussi chez un même malade, selon les périodes de l'affection et sans qu'il soit possible, le plus souvent, de trouver un prétexte satisfaisant à ces variations; mais de l'analogie de ces divers symptômes, on peut conclure à leur identité de nature. Si les symptômes les plus saillants, obsessions et impulsions, quand ils existent, subissent des variations d'intensité aux diverses périodes de l'affection, les troubles moteurs qui correspondent au *délire du toucher* sont beaucoup plus fixes. Quant aux phénomènes fondamentaux, on peut dire qu'ils restent à peu près invariables à toutes les périodes. Les sujets sont toujours des émotifs, des hésitants, des maladroits, des neurasthéniques, en un mot des malades. C'est dire que les guérisons ne sont que relatives. La lésion de l'activité psycho-motrice persiste, puisqu'elle dépend d'une disposition originelle du système nerveux. Elle peut toutefois s'atténuer dans une certaine mesure et ce bénéfice s'ajoute à l'amélioration produite par la disparition plus ou moins complète des obsessions, des impulsions et des idées fixes, ainsi qu'à la diminution qui peut être notable, de l'émotivité et des symptômes neurasthéniques.

Un des moyens de traitement sera précisément tiré de la tendance que présentent les malades à se placer sous la tutelle d'une volonté plus forte que la leur : le point capital consiste à inspirer confiance au malade qui se laisse guider et peut récupérer une partie de son activité spontanée.

En somme, il s'agit là d'un trouble primordial et très général de l'activité mentale considérée surtout dans ses manifestations volontaires.

L'intelligence n'est altérée que dans son pouvoir de coordination et de fixation des idées, c'est-à-dire dans son mode actif et surtout dans son mode actif par excellence, dans l'attention volontaire. C'est la volonté qui est, sans conteste, la plus diminuée des facultés mentales. Elle est diminuée dans sa double action : et comme force impulsive d'où l'hésitation et l'incertitude des mouvements et comme puissance d'arrêt, d'où les obsessions et les impulsions.

En résumé, les altérations réunies sous le nom de *folie du doute* et de *délire du toucher* ou *crainte des contacts* seraient les deux faces, l'une intellectuelle et interne, l'autre motrice et externe, d'une

seule et même lésion des centres idéo-moteurs. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1892.) E. Blin.

XXXII. Sur le délire des négations; par le Dr Arnaud.

L'histoire du délire des négations est de date récente : c'est en effet dans une série de travaux publiés de 1880 à 1888 que Cotard à décrit un type de mélancolie anxieuse dans lequel, aux symptômes habituels de la mélancolie anxieuse, viennent s'ajouter, à une période généralement avancée de la maladie, des idées de *négation généralisée* portant d'abord sur la réalité des choses extérieures, organisme, qualités morales, existence même du malade, pour atteindre enfin le domaine métaphysique et englober dans la négation l'âme, la nature et Dieu. Ces idées de négation se distinguent facilement de celles qui surviennent chez les paralytiques généraux et aussi des *tendances négatives* qui se retrouvent fréquemment dans toutes les variétés de délires dépressifs par leur cohésion logique, leur systématisation, leur longue durée et, en outre, par leur évolution également systématique.

« Par un enchaînement logique » (Cotard), de ces idées de négation se déduisent des idées de damnation, d'immortalité, de véritables idées de grandeur conservant le cachet de tristesse qui marque les conceptions délirantes habituelles de ces malades et pouvant aller jusqu'au délire d'énormité. Cette mégalomanie triste, morose, allant parfois jusqu'à l'énormité, reste infamante, inavouable, généralement inavouée, et quand le malade en parle, c'est pour en gémir et se lamenter.

Après Cotard, M. Séglas a étudié cette forme psycho-pathétique et a mis en lumière l'altération de la personnalité qu'elle suppose et qui en est la lésion profonde.

Comme le disait M. Falret au Congrès de Blois, ce délire de négation est peu connu mais on le constatera de plus en plus fréquemment à mesure qu'on examinera plus attentivement les aliénés dans ce sens : en effet, pour mettre en évidence ce trouble mental, il faut le rechercher avec soin, interroger les malades dans ce sens, triompher de leur mutisme et de leurs réticences. M. Arnaud rapporte une observation des plus instructives, de tous points conforme à la description de Cotard et dont l'intérêt est d'autant plus grand qu'une série de lettres écrites par la malade non seulement mettent en relief les conceptions délirantes de cette malade, mais font encore saisir sur le vif cette altération de la personnalité décrite par M. Séglas.

De la comparaison des observations publiées sur le délire des négations, M. Arnaud dégage provisoirement, pour servir de jalons d'étude, les propositions générales suivantes : le délire des négations systématisé, à évolution progressive (type Cotard), plus

fréquent chez la femme, peut être considéré comme une psychose tardive, ne se montrant souvent qu'après cinquante-cinq ans, apparaissant dans un grand nombre de cas après un ou plusieurs accès de mélancolie commune et ne se développant, dans les cas typiques, qu'après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse.

Sa signification est grave, même lorsqu'il doit guérir, car, d'ordinaire, l'accès dure alors très longtemps. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1892.) E. B.

XXXIII. La confusion mentale primitive; par le Dr Chaslin.

Il est un groupe particulier de folies aiguës parfaitement distinct des autres formes reconnues généralement en France et dont on ne trouve la description dans aucun des traités classiques d'aliénation français, bien que ce soit en France où ce mode particulier de la folie ait été tout d'abord délimité avant d'être admis définitivement à l'étranger : c'est la *confusion mentale primitive*.

Après un historique aussi complet qu'intéressant dans lequel il nous montre la part prise par les auteurs français, en particulier par Delasiauve, dans la création de ce type mental, l'auteur donne une esquisse précise de l'aspect clinique de la confusion mentale primitive.

Après un stade prémonitoire qui peut durer de quelques heures à quelques mois (irritabilité, perte de sommeil, anxiété), la maladie *débute* en général brusquement par une agitation extrême qui rappelle la manie aiguë, avec perte complète de l'orientation ; d'autres fois, le début est graduel et le malade entre d'emblée dans un état qui ressemble à celui du délire alcoolique subaigu. Il peut y avoir aussi un état de stupeur très marqué avec ou sans phénomènes cataleptiformes. Le plus souvent, la *marche* de la maladie consiste en un mélange déréglé de stades d'agitation, de calme, de stupidité et de stupeur, de durée absolument variable et qui peuvent être entrecoupés par des intervalles de lucidité relative. La *durée* varie de quelques jours à plusieurs mois et même plusieurs années.

La *terminaison* est : 1° guérison, précédée constamment d'un stade d'affaiblissement psychique, avec amnésie complète sur le temps et l'existence de la maladie; 2° guérison avec léger affaiblissement des facultés; 3° état chronique de démence; 4° mort après marche aiguë ou chronique, le plus souvent par pneumonie, phtisie, marasme ou état de délire aigu. Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, on trouverait des états d'anémie, d'œdème cérébral avec trouble des méninges, en sorte que la confusion mentale primitive serait une psychose constituant une forme intermédiaire entre les folies purement fonctionnelles comme la manie, la

mélancolie, la paranoia et les folies à base anatomique comme les intoxications et la paralysie générale (Wille). En somme, le fond de la maladie est la confusion des idées par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination du processus de l'association des idées, de la perception; les hallucinations ne sont qu'accessoires et l'aspect extérieur, les actes du malade varient d'un moment à l'autre; le patient a la figure sans expression; il marmotte des paroles sans suite et se livre à des actes souvent incompréhensibles qui paraissent reliés plus ou moins aux hallucinations. Sur cet état de stupidité viennent se greffer des accès d'agitation qui ressemblent à la manie, ou des accès de stupeur. Quelquefois les malades présentent des phénomènes cataleptiformes.

Souvent la confusion mentale primitive revêt le caractère d'une véritable maladie par les *phénomènes somatiques* qui l'accompagnent : épuisement, dénutrition, troubles vaso-moteurs, affaiblissement du pouls et du cœur, souvent fièvre modérée ou, au contraire, hypothermie ; souvent troubles oculo-moteurs, crampes, névralgies, mouvements automatiques, troubles des voies digestives, gâtisme irrégulier. Quelquefois albumine et sucre dans l'urine.

Etiologie. — La femme y est particulièrement prédisposée. Le maximum de fréquence est de vingt à quarante ans.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que cette maladie est la conséquence d'un état d'épuisement cérébral qui amène un état de faiblesse irritable du système nerveux central ; toutes les causes dépressives pourront donc avoir un rôle étiologique. Les auteurs les plus récents attribuent cet état au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie.

Diagnostic. — Dans la *manie*, quoique par moment le malade puisse avoir complètement perdu l'orientation et le sentiment du monde extérieur, il y a d'abord toujours un parallélisme entre l'état d'agitation motrice et l'idéorrhée ; les hallucinations sont rares ; l'aspect du malade est particulier.

La *paralysie générale*, même à marche aiguë, s'accompagne de troubles somatiques plus prononcés et présente une marche spéciale.

Dans le *délire des dégénérés*, il n'y a pas un trouble aussi profond de la conscience ni de perturbation dans l'état somatique ; le délire d'emblée est le plus souvent l'exagération du déséquilibre mental plus ou moins latent ; le diagnostic avec le *délire alcoolique* sera fondé sur les antécédents, la durée et la marche de la maladie. Pour la *mélancolie avec stupeur*, la marche lente et la présence de symptômes réellement mélancoliques serviront à établir le diagnostic.

Pour le *délire aigu*, le moment de son apparition, l'état grave,

la température, serviront à tenter d'établir la différence qui sera surtout jugée par la terminaison ordinairement fatale.

Le diagnostic avec la *paranoïa aiguë* est d'autant plus difficile que l'existence de cette dernière, sa place dans la classification, ses formes sont loin d'être établies; l'apparition rapide d'une certaine systématisation des idées délirantes avec actes coordonnés, est indiquée par Wille, comme un caractère diagnostique.

Pronostic. — La confusion mentale est plus grave que la mélancolie ou la manie. D'après les statistiques, du reste assez variables, il y aurait plus de non guérisons que de guérisons.

La guérison peut survenir même après une durée de plusieurs années. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1892.) E. B.

XXXIV. Les maladies de la volonté chez les criminels ; par le Dr E. Laurent.

Il existe chez certains criminels, à côté d'un état de débilité intellectuelle, un état de débilité volitionnelle qui les met dans un état d'infériorité notoire, lequel ne leur permet pas de lutter contre la paresse et les mauvais instincts.

A côté de ces criminels inertes, où manque l'impulsion volontaire, il en est d'autres chez qui c'est, au contraire, la puissance de coordination et d'arrêt qui fait défaut et c'est l'impulsion qui se dépense tout entière au profit de l'automatisme. C'est le règne de l'impulsion régie par l'instinct; la défaite de la volonté par l'impulsion.

Donc, chez les uns, défaut d'impulsion; excès d'impulsion chez les autres. Partant de là, l'auteur propose une classification des criminels en deux grandes catégories, d'après l'état de leur volonté : les inertes et les impulsifs.

Passant en revue chaque genre de délit et de crime, il constate que cette idée s'adapte aux faits d'une façon exacte.

Examinant ensuite l'influence des agents stupéfiants de la volonté, et le rôle de la suggestion soit hypnotique, soit à l'état de veille, l'auteur reste persuadé qu'on peut, à l'état de veille, aveugler la raison et abuser la volonté d'un individu et en particulier d'un enfant, de façon à l'amener à accuser des innocents d'un crime imaginaire et même à s'accuser lui-même, sauvant ainsi le coupable. Peut-être même la volonté et les facultés de raisonnement sont-elles parfois abolies au point de laisser le champ libre à l'automatisme, et de rendre possible à l'état de veille de véritables auto-suggestions criminelles. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1892.) E. B.

XXXV. Modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra ; par le Dr Camuset.

L'épidémie cholérique qui a sévi à l'asile de Bonneval, a permis à

M. le Dr Camuset de faire plusieurs observations intéressantes sur l'état mental des aliénés atteints.

1° *Etats maniaques.* — L'attaque cholérique a toujours fait disparaître l'état maniaque quelle que fût l'intensité, quelle que fût l'ancienneté de celui-ci. Mais aucune de ces guérisons ne s'est maintenue. Le choléra agit en somme comme agissent les autres maladies graves intercurrentes.

Sur vingt-deux cas, il n'y a pas eu une seule exception : le choléra a toujours fait disparaître temporairement l'état maniaque ainsi que les délires non systématisés variables et peu profonds de cette forme vésanique. Quand il y avait manie chronique simple et non démence maniaque, le sujet se montrait, pendant un certain temps, normal au point de vue intellectuel.

Quand il y avait démence maniaque, il était momentanément dément simple.

On a remarqué aussi que la plupart des malades, sauf les idiots et les imbéciles, ont eu, pendant les périodes graves du choléra, la notion exacte de leur situation et que tous envisageaient la mort sans angoisse.

2° *Etats mélancoliques.* — L'influence de l'attaque de choléra sur les états mélancoliques, n'a été ni aussi profonde, ni surtout aussi générale que sur les états maniaques. Dans un cas de mélancolie chronique, la maladie intercurrente a produit un effet semblable à celui qu'elle produit toujours dans les états maniaques. Mais, en général, la maladie tendait plutôt à accroître encore l'état de dépression. Les malades tombaient vite en prostration et les idées délirantes habituelles persistaient jusqu'à la fin.

3° *Délire de persécution.* — Tous les aliénés à délire partiel n'éprouvèrent aucune modification psychique. L'excitation, quand il y en avait, se dissipait, mais le délire systématisé persistait.

4° *Démence organique, paralysie générale*, etc. — Un seul paralytique général fut atteint du choléra et son état mental, déjà très mauvais, ne fut nullement modifié. Plusieurs déments organiques ne présentèrent non plus rien de notable. Il faut noter en plus un alcoolique chronique qui cessa de délirer dès le début de l'attaque, et mourut avec une grande frayeur de la mort.

5° *Idiotie, débilité mentale.* — Les idiots ne paraissent pas avoir une grande sensibilité, mais deux débiles hystériques reconnurent très bien leur situation désespérée.

En résumé, l'influence du choléra est analogue à celle des autres maladies graves intercurrentes, mais elle présente des particularités spéciales. L'attaque cholérique fait disparaître temporairement tous les états maniaques, modifie peu les états mélancoliques, fait disparaître les délires vagues non systématisés, peu profonds, mais n'a aucune action sur les délires systématisés.

Presque tous les malades, sauf les idiots et les déments avancés, se rendaient compte de la gravité de leur état et envisageaient la mort avec résignation, sauf de rares exceptions. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1892.) E. B.

XXXVI. Un cas de folie sans délire; par le Dr Marandon de Montyel.

L'existence de la folie sans délire est aujourd'hui démontrée, mais de tels malades placent les spécialistes dans une situation embarrassante. Le médecin aliéniste peut seul, en effet, porter un jugement exact, et dans ce cas, doit-il s'offrir à la mise en liberté? C'est la solution que discute M. le Dr Marandon de Montyel dans cet article.

Une jeune institutrice ayant présenté des phénomènes hystériques, entre dans une famille pour s'occuper de l'éducation des enfants; à la suite d'un amour contrarié, elle est prise d'une crise violente de lypémanie avec hallucinations et idées de persécution. Elle est alors admise à l'asile public de Marseille où, au bout de quelque temps, les conceptions délirantes cessent. Mais la cessation du délire et l'excellent état de ses facultés intellectuelles, n'empêchent pas une perversion profonde des sentiments affectifs et moraux. Ses conversations paraissent raisonnables, mais la vie quotidienne la montre égoïste, violente et sans pudeur.

Elle recherche des propos obscènes, fait des ouvertures à un membre du service médical et simule des maladies pour se faire examiner.

La jeune fille, réclamée par son père, devait sortir de l'asile de Marseille malgré un rapport défavorable de M. Marandon de Montyel lorsque, le père étant mort, elle fut transférée à Saint-Yon. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1892.) E. B.

XXXVII. Considérations sur la catalepsie; par le Dr Hospital.

Dans un article intéressant, M. le Dr Hospital rapporte deux observations de catalepsie à propos desquelles il cite les opinions des auteurs. Il y a, dit-il, deux catalepsies, l'une accompagnée d'hypnose et formant une entité définie, l'autre *éveillée* qui accompagne d'autres maladies. L'invasion de cette dernière est parfois si prompte qu'elle surprend le malade au milieu de ses occupations.

Ses causes déterminantes sont nombreuses : frayeur, émotion, attaques d'hystérie, expériences d'hypnotisme; ses causes prédisposantes sont l'hérédité et l'existence d'une maladie nerveuse.

Quelle est la nature de la catalepsie? Marcé la regarde comme un épiphénomène de l'hystérie; Georget et Lieutaud font de ces deux névroses deux formes symptomatiques de la même maladie:

« la facilité de production des phénomènes cataleptiques chez les hystériques est une preuve en faveur des liens de leur parenté ». Mais l'hypnotisme est aussi étroitement uni à la catalepsie, de sorte qu'hystérie, catalepsie et hypnotisme seraient une trilogie inséparable. On l'a rencontrée encore dans l'éclampsie infantile, dans les fièvres graves, dans le tétanos. Elle est une complication si fréquente de la folie, que Cavalier et Gérard affirment n'avoir jamais vu un cataleptique qui ne fut aliéné.

L'accès cataleptique peut être tétanique ou souple. Chez les uns, tous les muscles sont cataleptiques, chez d'autres, c'est seulement la moitié longitudinale du corps — l'insensibilité aux piqûres et aux brûlures est complète — l'exercice intellectuel est suspendu et on en a vu achever au réveil une phrase interrompue par l'invasion de l'accès. Exceptionnellement, cependant, le jugement et la volonté peuvent intervenir; des cataleptiques ont versé des larmes sous l'influence d'une émotion.

L'attaque survient presque toujours brusquement; le malade, immobilisé par la contracture qui envahit tous ses membres, ne peut plus bouger. Les bras obéissent si vite qu'ils en paraissent légers, il semble qu'il y a aide de la part du patient et il gardera longtemps cependant une attitude gênante et pénible. L'accès peut durer de quelques secondes à plusieurs mois; il peut être interrompu ou entremêlé de phénomènes névropathiques.

Parfois, en touchant un cataleptique éveillé, on provoque immédiatement la contracture des muscles; un souffle, un bruit, une lumière suffisent même à déterminer le spasme tétanique. On prétend que le réveil est brusque; pareil phénomène s'observe également dans l'épilepsie larvée, le petit mal et même le grand mal. Il n'est quelquefois que transitoire et dans beaucoup de cas il s'accompagne de troubles intellectuels, de mémoire chancelante.

Le diagnostic de la catalepsie pure est facile, grâce aux deux symptômes : sommeil et automatisme passif. Il est difficile dans les cas nombreux où elle n'apparaît qu'à l'état d'intervention; on a pu la confondre avec la léthargie, mais dans la léthargie, il y a souplesse sans automatisme, résolution complète, sommeil bien moins réel qu'en catalepsie.

Les accidents cataleptoïdes de la stupeur mélancolique sont assez différents. Les malades redressent leurs membres sur ordre; le phénomène est variable et transitoire et ils avouent qu'ils ont agi sous l'influence d'une idée et qu'ils ont maintenu cette attitude à l'aide d'un effort très énergique.

Quant à l'épilepsie, on se rappellera que la catalepsie ne s'accompagne pas de convulsions hideuses, mais d'une immobilité rigide. Les somnambules sont beaucoup plus réveillés que les cataleptiques endormis; ils peuvent aller, obéir; le cataleptique ne peut ni agir ni être suggestionné.

Dans la dernière partie de son article, M. le Dr Hospital aborde la question intéressante des inhumations prématurées; la conclusion est faite pour rassurer les esprits timorés. « La mésaventure de l'illustre Vésale et celle plus pénible encore de l'abbé Prévost sont heureusement de rarissimes exceptions. » (*Annales médico-psychologiques*, juin 1892.)

XXXVIII. Maladie de Friedreich accompagnée de troubles trophiques chez un imbécile épileptique; par le Dr Szczypiorski.

L'ataxie locomotrice de Friedreich se distingue assez nettement des deux affections voisines : la sclérose en plaques et l'ataxie de Duchenne (de Boulogne). C'est une maladie de longue durée, souvent héréditaire, caractérisée par l'incoordination des mouvements avec conservation de la force musculaire, par le nystagmus, l'embarras de la parole, l'absence de la douleur, de troubles de la sensibilité, de troubles trophiques et par l'intégrité de l'intelligence.

M. le Dr Szczypiorski rapporte l'observation d'un malade atteint de cette maladie chez lequel il a trouvé des troubles trophiques et un degré marqué de déchéance mentale.

Un homme de trente-sept ans, avec de bons antécédents héréditaires, a présenté dans son enfance des attaques d'épilepsie et s'est toujours fait remarquer par la faiblesse de son intelligence. A vingt-trois ans, apparition d'ulcères à la partie antérieure des jambes, ulcères qui ont persisté. Un an plus tard, apparaît l'ataxie qui ne s'est jamais accompagnée de douleurs.

En ce moment (mai 1891), la parole est traînante et empâtée. Les extrémités supérieures ne sont presque jamais en repos, et l'incoordination motrice est assez accentuée. La station debout sans appui est impossible. Sa démarche ressemble à celle d'un ivrogne; elle est parfois propulsive. Les pieds présentent une cambrure très exagérée et, par suite, le creux plantaire est excavé, disposition qui paraît constante dans la maladie de Friedreich. Les réflexes sont normaux. La sensibilité est partout conservée sauf aux membres inférieurs, où la sensibilité au chaud et au froid paraissent se confondre.

Les troubles trophiques qui sont le point intéressant de cette observation, siègent depuis quatorze ans aux membres inférieurs sous forme d'ulcères inguérissables, symétriquement disposés. A ce niveau, la peau est épaisse, mais lisse. Par places, croûtes épaisses recouvrant des ulcérations arrondies. Tous les traitements ont échoué contre ces ulcères chroniques. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1892). E. B.

XXXIX. Un cas d'asphyxie locale symétrique intermittente des extrémités chez un lypémaniaque; par le Dr Targowla.

Les troubles vaso-moteurs des mélancoliques sont décrits par

tous les auteurs; l'auteur nous en fait connaître un exemple peu commun : l'asphyxie locale symétrique intermittente des extrémités.

Un homme atteint de délire mélancolique avec préoccupations hypochondriaques, découragements, dégoût de la vie, présente les troubles vaso-moteurs suivants : sous l'influence d'une impression quelconque, sous l'impression du froid ou même sans cause, les deuxième et troisième phalanges de l'index, médius, auriculaire et annulaire de chaque main deviennent livides et, au bout d'un temps variable, passent à la coloration blanche. Les extrémités des doigts sont froides, insensibles à la douleur et au toucher; les mouvements sont faibles et sans vigueur.

Les accès ont lieu deux à trois fois par jour, le plus souvent au lever, rarement après le repas. Ils ne ne s'accompagnent d'aucune sensation douloureuse ; les deux mains sont atteintes simultanément, en commençant par la main gauche; le pouce n'est jamais pris. La durée de l'accès est variable : de quelques minutes à une demi-heure. En dehors de l'accès, les doigts ont un aspect normal.

Ce malade a des antécédents héréditaires assez chargés au point de vue mental et, comme antécédents personnels, on note deux attaques de rhumatisme et la syphilis. Cette affection vaso-motrice a-t-elle un rapport avec l'affection mentale du malade? Ces deux affections se sont développées parallèlement sans paraître s'influencer mutuellement. Peut-être pourrait-on ramener les deux affections à une même cause : trouble vaso-moteur survenant, soit dans la circulation encéphalique, soit aux extrémités. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1892.) E. B.

XL. Discours présidentiel prononcé a la cinquante et unième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique, a la Maison de retraite (*The Retreat*) de York, le 21 juillet 1892; par Robert Baker. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1892.)

Discours très bref où sont sommairement rappelés les services rendus par les asiles, et en particulier par la Maison de Retraite de York, aux aliénés et à la société en général. R. M.-C.

XLI. Le « Local Government Act » de 1888; son action probable sur le traitement de la folie en Angleterre; par J.-A. Campbell. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

Nous nous bornons à signaler ce mémoire à ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à la législation comparée de l'aliénation mentale. R. M.-C.

XLII. Un cas de la maladie appelée katatonie; par Percy-Smith. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Observation intéressante et détaillée, recueillie avec soin et que

l'auteur a fait suivre de quelques commentaires sur la malade dont il s'agit et sur la katatonie en général. R. M.-C.

XLIII. Les rapports de la paralysie générale des aliénés avec la syphilis; par Jacobson. (*The Journal of Mental Science,* avril 1892.)

Les recherches poursuivies par M. Jacobson sur l'étiologie de la paralysie générale l'ont amené à conclure que la syphilis est l'agent le plus commun et le plus puissant dans la genèse de cette maladie; il ne conteste pas le rôle de certains autres facteurs (alcool, plomb, tabac, etc.), mais il ne leur attribue qu'un rôle tout à fait secondaire et les considère simplement comme des auxiliaires de la syphilis. R. M.-C.

XLIV. La parotidite chez les aliénés; par Th.-B. Hyslop. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1890.)

Les trois observations rapportées par l'auteur sont à rapprocher des autres cas où une affection aiguë intercurrente a provoqué la rémission ou la disparition momentanée du trouble mental chez les aliénés; les cas de ce genre sont assez nombreux. R. M.-C.

XLV. Guérison de la folie chez une femme, après l'ablation de la barbe; par George Findlay. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Observation curieuse, qu'il est intéressant de rapprocher d'un fait semblable publié par M. Savage dans le *Journal of Mental Science* de juillet 1886. R. M.-C.

XLVI. Notes sur quelques points concernant les criminels; par John Baker. *The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Etude intéressante, faite par un homme compétent (l'auteur est médecin de la prison de Portsmouth) et dans laquelle les caractères psychologiques et quelques-uns des caractères physiques des diverses catégories de malfaiteurs sont analysés avec sagacité. R. M.-C.

XLVII. Folie et divorce; par A. Wood-Renton. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

On ne peut que signaler ici ce court mais judicieux travail, qui contient des appréciations justement amères et quelque peu ironiques sur la manière dont certains magistrats anglais entendent les questions médico-légales relatives à la responsabilité et à l'aliénation mentale; on y remarquera le peu de cas que font certains juges des affirmations des experts, alors même qu'elles ne sont

pas contestées, et qu'elles sont l'expressioe de vérités scientifiques universellement acceptées. R. M.-C.

XLVIII. Un cas de rupture du cœur chez une mélancolique; par Vincent Nash. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

L'auteur a cru devoir publier cette observation moins à cause de la rareté même de la lésion qu'à cause du temps relativement long qui s'est écoulé entre le moment où la lésion s'est produite et celui où la malade a succombé. R. M.-C.

XLIX. Observations sur la « katatonie »; par Edwin Goodall. (*The Journal of Mental Science*, avril 1892.)

L'auteur a résumé ou rappelé dans ce mémoire une série de documents intéressants sur l'histoire et l'anatomie pathologique de cette affection. R. M.-C.

L. Sur l'affection dite « *Paranoia* »; par E. L. Dunn. (*The journal of mental science*, janvier 1893.)

La première question qui se pose dans l'étude de l'affection mentale désignée sous le nom de *Paranoia* consiste à rechercher s'il existe réellement une forme aiguë de cette maladie. Bien que cette forme aiguë ait été décrite par Westphal et admise par Meynert, elle est si mal caractérisée que plusieurs autres aliénistes, parmi lesques M. Dunn est disposé à se ranger, renoncent à l'admettre. — Sous la forme chronique, elle peut ou être primitive, c'est-à-dire apparaître d'emblée, et c'est là sa forme la plus typique et la mieux caractérisée, ou bien succéder, pour le terminer, à un état mental pathologique antérieur. Parmi les formes les plus usuelles et les plus généralement admises, la plus importante est la *paranoia persecuteria* qui correspond assez bien au *délire chronique* de Magnan et des auteurs français. C'est celle que l'auteur se propose d'étudier ici, et dont il trace d'abord un historique assez étendu.

Sous cette forme, la maladie apparait généralement entre trente-cinq et quarante-cinq ans; elle est plus fréquente chez la femme, où elle paraît pouvoir peut-être se rattacher à la ménopause. La période d'incubation est longue, souvent inobservée, et les symptômes y sont mal définis: malaise inexpliqué, mauvaise humeur non motivée, troubles du sommeil et de l'appétit, inaptitude du travail, modifications du caractère qui devient soupçonneux, tels sont les prodromes assez peu précis qui aboutiront bientôt, sous l'influence d'une cause presque toujours insignifiante et négligeable à l'apparition du délire, d'abord caractérisé par des illusions et des hallucinations assez vagues. Mais celles-ci, bientôt se précisent, se généralisent (sauf pour la vue dont les hallucinations sont rares, et, quand elles existent, ne se rapportent presque

jamais au délire) et se systématisent : le délire de persécution est établi. Après avoir attribué d'abord les persécutions dont il souffre à des causes générales ou occultes, le malade en vient à préciser leur source : il les attribue nettement à telle ou telle personne et devient dangereux ; à ce moment les hallucinations de la sensibilité générale se multiplient à l'infini ; la langue usuelle ne suffit plus à décrire de pareilles sensations, et c'est alors que l'aliéné invente de curieux néologismes dont quelques-uns sont véritablement pittoresques. Ici intervient l'apparition des idées de grandeur ; leur genèse la plus commune et aussi la plus logique a été souvent décrite et se résume ainsi : des persécutions aussi variées, aussi constantes et compliquées ne peuvent avoir été dirigées contre un personnage ordinaire et obscur il n'y a pour l'aliéné qu'un pas bien vite franchi. — Les idées de grandeur peuvent encore apparaître subitement sous l'influence d'une hallucination.

Après une durée plus ou moins longue, cette période aboutit, pour quelques auteurs à la démence vraie, pour d'autres à l'évolution d'un affaiblissement intellectuel très accusé. — La durée de la maladie est habituellement de vingt à trente ans, le pronostic est des plus graves, puisque la paranoïa est généralement considerée comme incurable. Sur 700 cas, Kraft-Ebbing n'a pas vu une seule guérison.

Au point de vue anatomo-pathologique, on se trouve en présence d'hypothèses ou de conceptions plus ou moins théoriques, dont aucune même n'a jusqu'ici acquis de prééminence sur les autres.

La paranoïa secondaire, qui succède presque toujours à la mélancolie, est surtout caractérisée par un profond affaiblissement des facultés intellectuelles, du jugement et de la mémoire, elle aboutit à la démence complète.

Il est enfin une autre forme, à caractères un peu spéciaux, et que Kraft-Ebing considère comme rare, c'est la paranoïa alcoolique ; suivant cet auteur, les hallucinations en ce cas seraient souvent d'ordre génital, elles affecteraient plus souvent la vue que dans les autres formes, les malades seraient exceptionnellement irritables et brutaux, et l'affaiblissement intellectuel serait très précoce.

L'auteur termine cet intéressant travail par quelques considérations sur le diagnostic différentiel de cette maladie.

R. de Musgrave-Clay.

LI. Les calculs biliaires chez les aliénés ; par Cecil F. Beadles. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Etude très documentée sur la fréquence et les causes possibles de la lithiase biliaire chez les aliénés : en terminant, l'auteur rappelle

que la cholestérine qui entre pour une si grande part dans la constitution des calculs biliaires figure également pour une part importante dans la composition du tissu nerveux normal : il serait intéressant de rechercher si, dans le cerveau des aliénés, la proportion de cholestérine est augmentée ou diminuée ; si on constatait la diminution, la fréquence des calculs biliaires dans l'aliénation mentale s'expliquerait par une sorte de compensation. R. M.-C.

LII. Note sur l'hématome de la dure-mère ; par Edwin Goodall. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Note intéressante sur l'analogie et les différences qui existent entre l'hématome de la dure-mère ou la pachyméningite interne et les lésions artificiellement créées par l'injection pratiquée à travers une ouverture de la dure-mère, de liquides irritants. R. M.-C.

LIII. Observation clinique de deux cas de paraplégie ataxique ; par F.-S.-John Bullen. (*The Journal of Mental Science*, avril 1892.)
Deux observations recueillies avec soin et intéressantes. R.-M.-C.

LIV. Le délire sensoriel dans ses rapports avec les différentes formes de Paranoia ; par Del Greco. (*Il manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

L'auteur cherche dans ce mémoire à élucider deux points, d'abord établir les différences qui existent entre la mélancolie, la manie et le délire sensoriel, puis examiner ce dernier dans ses rapports avec la paranoia et cela, en faisant l'analyse d'une série de formes intermédiaires entre le délire sensoriel typique et la paranoia chronique.

Le délire sensoriel typique, bien que ressemblant par certains côtés à la manie ou à la mélancolie, forme cependant une classe à part. Il lui faut pour se développer un état d'invalidité cérébrale, résultant d'un épuisement fonctionnel, et une anomalie plus ou moins grave du caractère. Cette invalidité cérébrale augmente par le fait des facteurs d'apaisement (puerpéralité, infections, intoxications, etc....) L'opinion soutenue par quelques-uns que le délire sensoriel peut se développer à la suite d'intoxications sans invalidité cérébrale préexistante ne semble pas prouvée à l'auteur. Si une intoxication peut dans un esprit robuste occasionner un trouble mental de très courte durée, elle ne déterminera certainement pas un véritable accès psychopathique comme on en voit chez les prédisposés vésaniques. Le délire sensoriel ne résulte pas seulement d'un désordre dans les représentations et mouvements, mais comporte aussi d'autres symptômes.

La symptomatologie du délire sensoriel comporte un rétrécisse-

ment et une obnubilation du champ de la conscience, en même temps que l'explosion d'images, d'hallucinations, d'idées délirantes qui malgré la confusion grave, laissent entrevoir, çà et là, une certaine cohérence dans leurs associations réciproques, ou dans leurs connexions avec quelque acte ou quelque disposition quoique peu précise de l'esprit du malade. Les idées et les réactions dérivent du fonds du caractère et en portent l'empreinte. Quelques-unes d'entre elles sont comme les marques d'une nouvelle personnalité rudimentaire, toutefois et changeante, qui fait son apparition au milieu de la confusion des phénomènes conscients. Ces faits sont mis en lumière par les cas intermédiaires entre le délire sensoriel le plus chaotique, le plus asystématique et celui, dans lequel, par suite de l'augmentation des conditions dégénératives, se rencontre un certain degré de systématisation dans les hallucinations et les idées délirantes.

Bien qu'on puisse rencontrer dans le cadre du délire sensoriel, les conditions essentielles des mélancolies ou manies (accélération ou arrêt dans le cours des représentations...), il y a toujours comme base fondamentale une altération de l'intelligence et de toute la personnalité.

Dans le processus de dégénerescence mentale qui constitue la paranoia chronique, on distingue deux facteurs psychologiques, d'un côté l'obnubilation de la conscience et l'éclosion des idées délirantes, de l'autre la plénitude de l'activité consciente, la systématisation délirante.

Le facteur, obnubilation de la conscience se complique dans beaucoup de cas de phénomènes d'excitation, de dépression, de stupeur, d'impulsion etc... et n'est autre qu'un délire sensoriel ou paranoia aiguë.

Entre le délire sensoriel vrai et la paranoia chronique, il y a une multitude de formes dans lesquelles la personnalité morbide, plus ou moins cohérente, se dessine dans un temps relativement court. Dans ces formes, la modification de la personnalité se révèle au début non seulement par un trouble de l'aperception, mais aussi par un état émotionnel (peur) qui petit à petit envahit tout l'esprit et que l'on retrouve en germe dans les vagues appréhensions de la période prodomique de la paranoia chronique. C'est à ces formes que doit s'appliquer exactement le nom de paranoia aiguë.

Malgré la grande variété de formes cliniques intermédiaires entre le délire sensoriel et la paranoia chronique, elles ont des caractères communs dans quelques points essentiels; ce sont des paranoia. En général la paranoia est un processus de dégénérescence mentale. Selon le fonds du caractère, elle prend des formes et des allures diverses : dans quelques formes aiguës, on peut observer une rémission, presque même une guérison sans déchéance notable.

J. Séglas.

LV. Un cas d'imbécillité associé a un arrêt de développement d'un membre; par Angiolella. (*Il manicomio*, fasc. 2, 3, 1892.)

L'auteur discute la question de savoir s'il y a entre l'imbécillité et l'arrêt de développement un rapport de concomitance, à l'arrêt de développement du cerveau en totalité s'étant associé un arrêt plus marqué dans une région limitée, ou un rapport de causalité, action sur toute l'écorce cérébrale d'une poliencéphalite de la première enfance. Question presque insoluble dans le cas actuel par suite du manque de précision des renseignements anamnestiques et de l'absence de l'examen nécroscopique. J. Séglas.

LVI. Contribution a l'étude du délire chronique; par R. Fronda. (*Il manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

L'auteur commence par rapporter sept observations dont voici le résumé. — I : Aucun fait héréditaire notable; début de la maladie à l'âge adulte; période d'inquiétude; période du délire de persécution systématisé; délire mixte de persécution et de grandeur; affaiblissement mental; durée de huit ans environ. — II : Hérédité légère; excentricités, émotivité, idées fixes; début de la maladie à l'âge adulte; période d'inquiétude; délire de persécution systématisé, idées de grandeur; désagrégation mentale; durée cinq ans. — III : Hérédité légère, début à l'âge adulte; longue période d'incubation; délire de persécution systématisé de plus en plus actif; affaiblissement intellectuel; jamais d'idées de grandeur; durée sept ans. — IV : Hérédité inconnue; début il y a cinq ans, à l'âge de trente-six ans; première période inconnue; délire de persécution systématisé; depuis un an mélange d'idées de grandeur. — V : Hérédité inconnue, époque et mode de début inconnus; délire intense de persécution systématisé auquel s'adjoignent par la suite quelques idées de grandeur et un certain degré d'affaiblissement intellectuel. — VI : Hérédité légère, début de la maladie à l'âge adulte, il y a quatre ans; période d'incubation assez longue; période de persécution; période de grandeur; confusion mentale. — VII : pas d'hérédité; développement de la maladie à l'âge adulte (novembre 1885), période d'incubation; période de grandeur suivie par une longue période de rémission, réelle ou apparente; période de persécution; mélange d'idées de grandeur; démence consécutive.

De ces observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. La forme du délire chronique décrit par M. Magnan existe bien cliniquement. — II. On rencontre presque toujours comme facteur étiologique une légère hérédité, qui peut aussi d'ailleurs faire totalement défaut. — III. L'évolution du délire chronique n'est pas constamment identique; mais, outre qu'il y a des cas

dans lesquels manque une des périodes, spécialement celle de grandeur (obs. III), quelquefois cette dernière précède celle de persécution (obs. IV). — IV. La note prédominante de cette forme, laissant de côté le mode de début et la période terminale, est le délire de persécution, qui même dans la phase des idées de grandeur, ne leur cède pas totalement la place, mais encore prédomine le plus souvent. — V. Etant donné certains des caractères essentiels du délire chronique, il n'est pas difficile de le différencier du délire des dégénérés héréditaires. — VI. Ce diagnostic différentiel est pratiquement utile, au moins pour le pronostic à faire dans chaque cas.

Comme on le voit, l'auteur en est resté aux premières idées de M. Gérente et ne s'est pas assimilé parfaitement les doctrines successives plus récentes de M. Magnan sur le délire chronique; bien qu'il trouve que ce ne soit pas difficile de le différencier du délire des dégénérés héréditaires, il nous paraît parfaitement, à en juger par ses observations, l'avoir confondu avec lui. Pour notre part nous n'y voyons pas théoriquement un grave inconvénient; mais les défenseurs du délire chronique seront sans doute plus difficiles, ou les temps seraient bien changés. J. Séglas.

LVII. L'examen psychologique des prisonniers; par le Dr J. Morel (de Gand). (*The Journal of Mental Science*, janvier 1893.)

Tous ceux qui sont au courant de l'administration intérieure des prisons savent que les actes d'insubordination sont presque toujours commis par les mêmes prisonniers : les rapports adressés à l'administration centrale en font foi. Ces rapports ont attiré l'attention du ministre de la justice en Belgique, qui a voulu savoir si la répétition de ces actes d'indiscipline ne pouvait pas, dans un certain nombre de cas, être attribuée à un trouble mental, et qui a prescrit une enquête médico-psychologique dans une des prisons de Belgique. Cette enquête a démontré que sur quatorze prisonniers qui, dans cet établissement, paraissaient absolument réfractaires à toute obéissance aux règlements, il y en a avait huit qui présentaient des symptômes d'aliénation mentale tels que leur internement immédiat dans un asile s'imposait d'une manière évidente. — En présence de ce résultat, le ministre n'hésita pas à créer, spécialement pour les prisons, un service de médecine mentale.

L'auteur pense — évidemment avec raison, — que les faits constatés en Belgique pourraient l'être également dans les autres pays si l'on prenait la peine de les rechercher, et que toutes les prisons renferment une certaine proportion d'aliénés. Il va plus loin, et se demande si ce genre d'enquête ne devrait pas être étendu et appliqué à tous les récidivistes, ainsi qu'aux grands criminels : on pourrait ainsi reconnaître et classer les défectuosités psychiques

des divers délinquants, et faire en outre, dans les prisons le triage des simples indisciplinés, des simulateurs, et des aliénés véritables; ces renseignements seraient très utiles au personnel de la prison au point de vue de l'administration intérieure de l'établissement, et de la nature des mesures, disciplinaires ou autres, à prendre à l'égard des divers prisonniers. — De plus, en ce qui touche les récidivistes, les notes ainsi recueillies et jointes au casier judiciaire des inculpés éclaireraient singulièrement les magistrats appelés à instruire l'affaire ou à juger l'accusé.

L'auteur a eu l'occasion du 1er juin 1891 au 30 mai 1892, d'examiner un grand nombre de prisonniers, et il résume de la façon suivante les conclusions qui lui ont été dictées par l'observation des faits. Toutes les grandes prisons devraient posséder une salle spéciale, réservée aux criminels devenus aliénés pendant leur détention, et paraissant susceptibles de guérison : les asiles spéciaux d'aliénés criminels ne recevraient que les malades dont l'incurabilité serait plus ou moins établie. — La création dans les prisons d'une salle spéciale pour les aliénés exigerait naturellement un personnel *ad hoc*. — Tous les prisonniers appartenant à la catégorie mentale des imbéciles devraient être l'objet de soins particuliers tant au point de vue physique qu'au point de vue mental; leur peine en outre, ne devrait jamais être abrégée, car ce sont eux qui fournissent le plus fort contingent de récidivistes.

Dans les asiles, il y a de nombreux malades (les dégénérés atteints de folie morale et les faibles d'esprit par exemple) qui ne sont autre chose que des criminels éventuels. On les traite, cependant, et on les met en état de jouir, sans inconvénient pour personne, d'une assez grande liberté. Pourquoi ne pourrait-on pas espérer et obtenir le même succès, chez certains prisonniers qui ne sont eux aussi, que des faibles d'esprit ou des dégénérés. C'est le tort de l'école de Lombroso de ne voir dans le criminel qu'une modalité anatomo-physiologique, et, par là, de méconnaître ce que l'on peut faire pour le moraliser pendant sa détention, et surtout pour le protéger contre les autres et contre lui-même, lorsque, sa peine subie, il rentre dans la société. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LVIII. REMARQUES SUR L'INFLUENCE DE LA DÉSINFECTION INTESTINALE SUR QUELQUES FORMES DE FOLIE AIGUE; par John MACPHERSON. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1893.)

L'auteur résume dans les termes suivants les résultats de ses essais et de ses observations sur la naphthaline :

1° La naphthaline s'est montrée fidèle et inoffensive dans tous les cas où elle a été employée ; une dose de 8 à 9 grammes a pu être administrée à un malade dans l'espace de douze heures.

2° Le médicament a échoué dans un certain nombre de cas,

mais à l'heure actuelle, l'auteur attribue ces échecs, ou du moins quelques-uns d'entre eux, à l'insuffisance des doses prescrites.

3° L'action du médicament sur l'état général somatique a consisté dans le relèvement de la nutrition et la production du sommeil normal.

4° Sur l'état mental, le médicament a agi en modifiant et en atténuant les symptômes pénibles ou violents et en hâtant le retour à un état analogue à un commencement de convalescence.

5° Les troubles cérébraux d'ordre purement psychique n'ont été aucunement modifiés. R. M.-C.

LIX. De la sensation de pression sur la tête et de lourdeur de la tête; Carebaria, pesanteur de tête, Kopfdruck; par Harry Campbell. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1893.)

On sait avec quel luxe d'expressions les malades s'attachent à décrire les sensations pénibles qu'ils éprouvent du côté de la tête. M. Campbell les rattache à trois groupes principaux : 1° sensations de pression sur la tête; 2° sensations de pesanteur de la tête; 3° sensations plus vagues, mais analogues, et participant probablement des deux premières variétés. A ces trois groupes, il faut ajouter certaines sensations de pesanteur ayant pour siège les yeux ou les paupières.

Après avoir décrit les diverses variétés et les localisations particulières de ces sensations, et avoir rappelé qu'elles ne s'accompagnent ordinairement pas de phénomènes douloureux proprement dits, l'auteur remonte à leurs causes : la plus commune, et de beaucoup, c'est la neurasthénie; mais il y en a quelques autres, qu'il convient de rechercher en pareil cas, par exemple le catarrhe des sinus frontaux, — certaines affections oculaires et plus spécialement les anomalies de la réfraction; les maladies des oreilles, et peut-être la syphilis.

La position du malade a quelquefois une influence assez marquée sur l'apparition ou la disparition de ces sensations, que quelques auteurs ont placées sous la dépendance du sens musculaire. Leur persistance quand la tête est soutenue (quand le malade est couché par exemple), *semblerait* indiquer que cette hypothèse n'est pas exacte; mais il faut faire ici une réserve, car nous ne savons pas si le *sens musculaire* n'est pas lui-même indépendant de l'*action musculaire*. R. M.-C.

LX. Observations de chorée héréditaire (*maladie de Huntington*); par W.-F. Menzies. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1892 et janvier 1893.)

Les travaux qui ont été consacrés à la maladie de Huntington montrent que cette affection est loin d'être aussi rare que l'avaient

pensé les premiers observateurs : si elle n'est pas, à proprement parler, endémique, elle se rencontre, tout au moins dans certaines régions, avec une fréquence toute particulière, et le vulgaire la connaît si bien dans ses symptômes et dans sa marche constamment fatale, que les membres des familles atteintes doivent le plus souvent renoncer au mariage. — M. Menzies a pu observer deux de ces familles, dont il annexe à son mémoire l'arbre généalogique. Il décrit avec soin et dans des relations détaillées, impossibles à reproduire ou à analyser ici, les symptômes observés chez les divers membres de ces deux familles. Les principales remarques qui lui ont été suggérées par cette étude peuvent se résumer de la façon suivante : la chorée de Huntington paraît être une des maladies les plus héréditaires que l'on connaisse; elle paraît frapper les hommes plus fréquemment que les femmes; aucune diathèse n'a été constatée dans les deux familles observées, pas même le rhumatisme; les symptômes cliniques sont tellement identiques à ceux de la choree rhumatismale que, quelle que soit la nature de la lésion, on est amené à lui attribuer le même siège; les types cliniques varient suivant les familles observées; la question de savoir si les secousses choréiques persistent durant le sommeil dépend beaucoup de la période de la maladie sur laquelle porte l'observation.

En somme, voici les principaux éléments de la maladie : tout d'abord, il n'y a que des secousses accompagnant un état émotif; puis le malade passe à la manie ou à la mélancolie; ensuite se produisent des altérations descendantes sous l'influence desquelles on voit apparaître l'exagération du réflexe rotulien et l'affaiblissement musculaire généralisé; puis la sclérose générale aboutit généralement à la démence vraie, et le malade meurt, le plus souvent, d'une affection intercurrente à laquelle l'a singulièrement prédisposé son état de paralysie : la plus commune de ces maladies terminales est la tuberculose.

On trouve à la fin de ce mémoire une bonne bibliographie du sujet. R. M.-C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 février 1893. — Présidence de M. Christian.

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Ball et celle du Dr Pichon. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé

aux obsèques de M. Pichon. M. VALLON au nom de l'Association des internes et anciens internes des asiles de la Seine, dont il est le vice-président, a, aussi, dit un dernier adieu à son ancien maître et ami. Suivant le désir exprimé par M. Ball, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. Le président rappelle en quelques mots la vie du professeur Ball et lève ensuite la séance en signe de deuil.

Séance du 27 mars 1893. — PRÉSIDENCE de M. CHRISTIAN.

Buste de Baillarger. — M. BLANCHE, au nom de la Commission, demande l'avis de la société sur le choix de l'emplacement où sera installé le buste de Baillarger. Il est décidé que la Commission se transportera à la Salpêtrière pour examiner sur place s'il ne serait pas possible de l'ériger provisoirement sous le péristyle de la chapelle, en attendant qu'il figure dans l'allée des bustes projetée.

Délire des persécutions. Variété psycho-motrice. Démonopathie. Systématisation d'emblée et dédoublement de la personnalité. Hallucinations motrices et hallucinations psycho-motrices du langage. Tentative de suicide. — M. J. VOISIN communique l'observation d'une femme dont le délire s'est systématisé très rapidement. Elle se croit possédée du démon, ce qui constitue une forme rare de nos jours. Les malades accusent plus généralement la police, l'électricité, les jésuites, le téléphone, le magnétisme, l'hypnotisme, etc. L'affection a débuté sans prodromes prémonitoires. Du jour au lendemain sa personnalité s'est dédoublée. Depuis deux ans il ne s'est produit aucun changement dans son état. Cette jeune femme n'a pourtant que vingt-cinq ans. Son hérédité il est vrai est très chargée.

L'élément moteur joue chez elle le rôle principal. C'est lorsque le mouvement est accompli qu'elle en déduit des conséquences. Son délire est bien différent du délire de Lasègue ou du délire chronique de Magnan. Il diffère aussi du délire des dégénérés de ce même auteur, aussi bien que du délire des persécutés-persécuteurs de Falret malgré l'absence d'hallucinations de l'ouïe. La malade n'a que des hallucinations psycho-motrices du langage.

Elle a tenté de se suicider pour se soustraire à la puissance dominatrice qui la possède.

M. SÉGLAS. — M. Régis a rapporté une observation semblable sous le nom de délire systématisé religieux.

M. DUPAIN a observé à l'asile de Bailleul une malade se rapprochant beaucoup de celle de M. Voisin qu'il considère comme une dégénérée. Son délire n'est qu'un des syndrômes épisodiques décrits par Magnan. On trouve encore assez souvent dans les asiles de province des malades atteints de possession démoniaque.

M. FALRET. — La malade diffère surtout des persécutés ordi-

naires par l'invasion rapide du délire et sa systématisation d'emblée. Ces cas ne sont pas communs.

Des antécédents syphilitiques dans la paralysie générale. — M. Lefiliatre donne lecture d'un travail statistique d'où il résulte que sur 40 paralytiques qu'il a examinés, 21 auraient eu la syphilis de dix à trente ans avant leur entrée à l'asile.

M. Charpentier fait remarquer que, dans les autopsies de paralytiques généraux, on ne rencontre que très accidentellement les lésions osseuses si communes dans la syphilis; on fait entrer dans la syphilis beaucoup de cas qui ne devraient pas y figurer. Tous les gens qui prennent du mercure ou qui ont des chancres ou des rougeurs sur le corps ne sont pas des syphilitiques, même si vers la quarantaine ils perdent leurs cheveux.

M. A. Voisin considère aussi la syphilis comme une cause peu fréquente de paralysie générale. (Voir l'opinion de Jacobson, p. 385.)

M. Vallon. — Si la syphilis joue un rôle dans l'étiologie de la paralysie générale, ce rôle n'est que très secondaire. Il ne vient en ligne qu'après l'alcoolisme, le principal facteur de la maladie.

M. Roubinovitch. Je rappellerai à l'occasion de la communication de M. Lefiliâtre le travail de M. Liondimov paru dernièrement dans le *Messager de Psychiatrie*, de Saint-Pétersbourg. L'auteur s'est attaché à étudier l'état des fibres d'association dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux, et au cours de son travail il a cherché à établir d'une façon aussi précise que possible et avec toute l'impartialité nécessaire, l'étiologie de l'encéphalite interstitielle diffuse. Dans les recherches de cet ordre, ce n'est pas le nombre d'observations qui importe, mais surtout, je crois, la qualité, la richesse en détails importants de chacune d'elles. Aussi est-on frappé de constater que sur toutes les observations de M. Lionbimov, au nombre de douze, il n'en existe aucune avec une seule et unique cause dans les antécédents. Ainsi, l'alcoolisme a été retrouvé sept fois, mais jamais seul et toujours associé ou à la syphilis ou à l'hérédité, ou à un traumatisme cranien. De même, dans cinq observations, on voit mentionner la syphilis, mais également jamais seule et combinée tantôt au surmenage intellectuel, aux excès vénériens, à l'alcoolisme, tantôt à plusieurs de ces facteurs réunis. Il résulterait de ces recherches que ni la syphilis seule, ni l'alcoolisme seul, ni l'hérédité seule ne peuvent déterminer la paralysie générale, qu'aux maladies aussi complexes que cette dernière il faut des causes complexes et que la recherche d'une cause *unique* de la paralysie générale sera probablement en pathologie mentale un problème semblable à celui de la pierre philosophale et de la quadrature du cercle.

Marcel Briand.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

QUARANTE-NEUVIÈME SESSION

Séance du 6 *juillet* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. PELMAN.

Cette séance est une séance anniversaire de la vingt-cinquième année d'existence de la Société.

M. ŒBEKE fait à ce propos une *communication sur la vie, les travaux et les membres de la Société durant ces vingt-cinq années, à partir du jour de sa fondation.* — C'est le 18 juin 1867 que se sont réunis les aliénistes de la province du Rhin à Prolandseck pour, sur la motion de M. RICHARZ, fonder la Société psychiatrique en question. A cette première séance assistaient MM. Besser, Brosuis, Dichl, Festh, Focke, Hertz, Hœstemann, Meyer aîné, Neisse, Œbeke, Obermer, Pelman, Peters, Rœchling, Sewaes, Wahl, Wiebecke. Actuellement la Société compte 73 membres. L'ensemble des communications qui y ont été faites portent sur toutes les questions scientifiques et pratiques de la psychiatrie.

A l'époque où la Société se fondait il n'y avait dans la province du Rhin qu'un seul asile public de traitement ; les autres établissement étaient ou des hospices ressortissant à l'assistance non de toute la province mais de quelques districts, ou des asiles privés. Les temps sont changés. Aujourd'hui, au lieu de l'asile de Siegburg, la province compte cinq grands asiles publics d'aliénés ; les 250 lits dont nous pouvions disposer pour assister nos malades se sont presque décuplés si bien que les indigents bénéficient de 2,400 lits et sont soignés non plus comme jadis par les 3 à 5 médecins de Siegburg mais par 21 à 23 aliénistes.

M. PELMAN. *Du développement de la psychiatrie au cours des vingt-cinq dernières années.* — Parallèlement à l'expansion des méthodes positives et libérales de l'assistance en général, de la médecine et de la chirurgie courantes, l'assistance des aliénés et les principes scientifiques en matière de psychopathologie ont fait des progrès étonnants.

Les jalons plantés dans cette voie fructueuse sont représentés par les livres de Griesinger (1845), Schuele, Krafft Ebing, Kropelin, Kischloff, les découvertes de Heitzig et Fritsch (les crises internes cérébrales), Morel (la dégénérescence), Fechner (la psychophysique). Mais il est bon de remarquer que les enseignements restent

limités pendant longtemps à l'asile et que Griesinger lui-même était un professeur de pathologie interne, il en était de même pour les cliniciens Nasse et Wachssnuth, car ce n'est qu'en 1866, que Ludwig Meyer est nommé à Gœttingue à la première chaire de pathologie mentale.

En réalité il n'y a plus maintenant de différences entre un psychiatre et un médecin ordinaire. Tous deux cultivent par les mêmes méthodes de science positive la pathologie une et indivisible. (*Allg. Zeitschrift. f. Psychiat.*, XLIX, 3.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

Séance du 15 juin 1892. — Présidence de M. Zinn, aîné.

M. Zinn explique que l'état de santé de M. Lœhr aîné a engagé le bureau à remettre à la prochaine séance la fête du jubilé de la vingt-cinquième année d'existence de la Société.

M. Kronthal. *De l'hétérotopie de la substance grise de la moelle de l'homme.* — L'orateur présente une série de préparations empruntées à divers individus. Rapprochant ces constatations des observations publiées par d'autres savants, il pense que ces anomalies prédisposent au plus haut degré à la genèse d'affections spinales. De plus, pour lui, ces hétérotopies sont loin d'être aussi rares qu'on l'a dit, mais elles échappent à la recherche à cause du mode habituel d'examen de la moelle.

Discussion : M. Cramer présente des coupes de bulbe empruntées à un idiot, dans lesquelles, le noyau arciforme occupe le plan correspondant au bord médian et inférieur des pyramides. Intégrité de l'insula gauche. Quelques autres arrêts de développement peu marqués d'ailleurs.

M. Weber. *Présentation d'un encéphale d'un enfant avec lésions porencéphaliques symétriques dans les hémisphères cérébraux.* — Sera publié *in extenso.*

M. Bothe. *Expérimentation à Dalldorf de l'assistance familiale des aliénés.* — Sera publié *in extenso.*

A ce propos M. Mœli insiste sur les qualités que l'on doit chercher en pareil cas dans la population qui consent à recevoir les aliénés. Ce sont : l'intelligence, l'initiative, la sociabilité au point de vue des rapports à entretenir entre les nourriciers et les gens des environs et le médecin de l'établissement. Il est notamment

très important que les gens qui reçoivent les aliénés (nourriciers et habitants) se laissent guider par le médecin et comprennent les indications qu'on leur donne pour la conduite des malades. C'est le seul moyen d'éviter des incidents ou des accidents.

Cette assistance sous la surveillance médicale peut décharger d'autant l'asile; sans compter qu'on peut arriver par ce mode de traitement à consolider certaines améliorations. De là à rendre aux aliénés la liberté et leur permettre en leur donnant une certaine somme d'argent, ou en leur payant une petite pension, de reprendre l'existence ordinaire, il n'y a souvent qu'un pas.

M. Zinn aîné. Nos collègues de Dalldorf ont fait œuvre pie en essayant dans les environs de Berlin l'assistance familiale. Cette tentative doit être imitée. Ce mode de traitement est le complément naturel de l'assistance publique à la condition que le médecin aliéniste surveille assidûment nourriciers et pensionnaires et qu'ils puissent, en guidant les bonnes volontés, faire réintégrer l'asile aux aliénés dès qu'il le juge convenable. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIX, 3.) P. Keraval.

NÉCROLOGIE

BENJAMIN BALL

M. le professeur Ball est mort, le jeudi 23 février, des suites de la longue et douloureuse maladie qui le tenait éloigné de son enseignement depuis plus d'une année. M. Ball (Benjamin) est né à Naples, le 20 avril 1833. Il a fait ses études médicales à la Faculté de Paris, a été nommé interne des hôpitaux en 1855 et reçu docteur en médecine en 1862. Sa thèse avait pour titre : *Des embolies pulmonaires*. Il a été nommé médecin des hôpitaux le 12 août 1870, agrégé de la Faculté en 1866 (*Du rhumatisme viscéral*), et membre de l'Académie de médecine en 1883.

Après avoir fait, pendant deux ans (1875-1876), le cours complémentaire de maladies mentales, il fut nommé, le 18 avril 1877, à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, qui venait d'être créée à la faculté de médecine de Paris. Le titre donné à cette chaire était ambigu, puisqu'elle comprenait, d'une part, les maladies mentales et, en même temps, non pas les maladies nerveuses mais les maladies de l'encéphale.

Il chercha alors à obtenir le Bureau d'admission de l'Asile

Sainte-Anne. La raison finit par l'emporter et M. Ball prit possession d'une partie des deux bâtiments nouveaux qui venaient d'être érigés dans cet établissement. Ce fut seulement le 16 novembre 1879 que M. Ball fit sa première leçon [1], c'est-à-dire plus de deux ans et demi après sa nomination.

M. Ball était un conférencier très agréable ; il avait l'élocution facile et élégante. C'était également un écrivain de talent. Malheureusement, ainsi que nous l'avons fait remarquer autrefois, il avait



Benjamin BALL.

gardé le souvenir des difficultés qu'il avait créées lui-même pour arriver à prendre possession de sa chaire et, dans son enseignement, contrairement à l'obligation qu'a tout auteur ou professeur « de tenir compte — c'est lui-même qui parle — des progrès incessants de la science », il évitait de citer les travaux de ceux qui avaient protesté contre ses prétentions ou qui n'avaient pas craint de dire toute la vérité. Tel n'est pas, à notre avis, le devoir d'un

[1] Voir *Progrès médical*, 1879, p. 220.

homme qui a l'honneur de professer dans une chaire de la Faculté de Médecine de Paris. Ces vérités, nous les avons dites du vivant de M. Ball; nous avons cru utile de les rappeler. Puissent-elles servir d'enseignement!

Voici la liste des principaux travaux de M. le professeur Ball:

Leçons sur les maladies mentales, 1883; 2e édition en 1890; — *La morphinomanie*, 1888; — *La Folie protéique*, 1887; — *La claustrophobie* (*Annales médico-psychologiques*, 1879); — *La médecine mentale à travers les siècles*, 1879; — *Ischémie cérébrale fonctionnelle* (*Encéphale*, 25 mars 1881); — *Impulsions intellectuelles* (*Ibid.*); — *Phtisie et folie* (*Ibid.*, 25 juin 1881); — *Torpeur cérébrale* (*Ibid.*, 25 septembre 1881); — *La stigmatisée de S...* (*Ibid.*); — *L'insanité dans la paralysie agitante* (Congrès de Londres, 1881 (*en anglais*) et *Ibid.*, 1882); — *Le crétin des Batignolles* (*Ibid.*, 1883); — *La folie du doute* (*Ibid.*, 1882); — *La dipsomanie* (*Ibid.*, 1882); — *Hallucinations de l'ouïe consécutives à une inflammation de l'oreille moyenne* (*Ibid.*, 1882); — *L'aliéné devant la Société* (*Ibid.*, 1881); — *Les frontières de la folie* (*Ibid.*, 1883); — *Les familles des aliénés* (*Ibid.*, 1883); — *La folie gémellaire* (*Ibid.*, 1884); — *La folie à deux* (*Ibid.*, 1884); — *Epilepsie avec conscience* (*Ibid.*, 1884); — *La folie consécutive au choléra* (*Ibid.*, 1885); — *La responsabilité partielle des aliénés* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1886, et *Encéphale*); — *Folie de la puberté ou hébéphrénie* (*Encéphale*, 1884); — *Hérédité dans la paralysie générale* (Congrès de Copenhague, 1884); — Articles publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Délire* (en collaboration avec M. Ritti); *Délire aigu*, *Démence*, *Delirium tremens*, *Mélanémie*, *Somnambulisme*, *Délire des persécutions* (en collaboration avec M. Chambard); — *Leçons professées à la Clinique des maladies mentales;* — *Erythème symptomatique des tumeurs cérébrales* (*Encéphale*, 1881); — *Mal perforant du pied dans l'ataxie locomotrice* (Congrès de Londres, 1881; *en anglais*); — *Tumeurs et abcès du cerveau,* en collaboration avec le Dr Krishaber (*Dict. encyc. des sc. méd.*); — *Argent, emploi médical,* avec M. le professeur Charcot (*Ibid.*); — *Maladie bronzée* (*Ibid.*); — *Maladies de l'aorte* (*Ibid.*); — *Sclérodermie* (*Ibid.*); — *Angor pectoris* (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1887); — *Considérations sur le traitement de la morphinomanie*, en collaboration avec O. Jennings (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1887); — *Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive* (1868-1869) [1]; — *De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés* (avec M. Rouillard), 1889; — De 1882 à 1889, M. Ball a

[1] Ce travail a été fait en partie avec des observations recueillies par nous, à la Salpêtrière, dans le service de notre maître commun, M. Charcot.

publié (avec M. Luys) un recueil intitulé l'*Encéphale*, etc. Il a également fait paraître les *Leçons* de M. Charcot *sur les maladies des vieillards* (1866). B.

BIBLIOGRAPHIE

X. *Leçons cliniques sur les maladies mentales;* par le Dr Magnan

Les leçons cliniques sur l'épilepsie, sur la dipsomanie, sur la folie des héréditaires dégénérés, sur le délire chronique, sur la folie intermittente, contenues dans cette seconde édition, sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'y revenir : elles constituent, à l'heure actuelle, la base de l'enseignement classique de l'aliénation mentale en France.

Dans un nouveau chapitre, M. Magnan, avec l'autorité qui caractérise sa méthode d'analyse rigoureuse et essentiellement clinique, présente l'histoire de la manie et des états maniaques dans les diverses formes mentales.

Tout le monde est d'accord pour admettre une manie type, franche, essentielle, véritable entité morbide et clinique, la manie simple. Ce qui domine dans la manie, c'est une suractivité cérébrale extrême, c'est l'exaltation de tous les centres corticaux, y compris ceux de la zone psycho-motrice. Toutes les portes sont ouvertes pour projeter au dehors les images, les souvenirs, les mouvements, qu'ils répondent à des appétits ou à des sentiments; qu'ils soient les manifestations des idées ou le résultat d'un besoin purement automatique. *Tout au dehors :* telle est la formule du maniaque. L'évolution de la maladie présente trois stades successifs : 1° le début est parfois brusque et consécutif à une vive émotion, mais le plus souvent il existe une période prémonitoire très tranchée, indiquant nettement que l'on a affaire à une maladie somatique et non pas seulement à un simple trouble des idées : lassitude, impuissance, abattement, céphalée, insomnie, troubles digestifs. Peu à peu, la dépression disparaît et l'excitation intellectuelle s'accroît; le malade, sans cesse en mouvement, se montre loquace, exubérant, l'exaltation augmente de proche en proche et l'accès éclate; 2° au moment où l'accès éclate, tout malaise disparaît, l'appétit renaît.

Les facultés intellectuelles productives, la mémoire, l'association des idées, l'imagination sont démesurément surexcitées aux dépens des facultés de jugement et de réflexion; les pensées sont enchaî-

nées naturellement, logiquement, bien qu'énoncées avec une exaltation et une volubilité maladives. Ce travail de la pensée, caractérisé par des associations extrêmement rapides des idées est, suivant le degré d'excitation intellectuelle, parfois plus rapide que sa manifestation extérieure, d'où l'incohérence du maniaque, incohérence qui n'a rien d'absolu et n'est qu'apparente.

L'aspect et les allures du maniaque sont en rapport avec l'excitation intellectuelle : loquacité intarissable; regard brillant; mouvements brusques, désordonnés, incessants; la force musculaire paraît accrue : en tout cas, jamais la fatigue n'apparaît. Les hallucinations de la vue sont fréquentes. La sensibilité générale est altérée. La fonction génitale est exagérée.

Malgré la suractivité de toutes les fonctions, il n'y a jamais de fièvre, à moins de complication organique. L'état de *fureur maniaque*, signalé par les auteurs comme phénomène paroxystique, paraît être directement en rapport avec le traitement, car M. Magnan n'en observe jamais dans son service où les moyens de contention sont radicalement supprimés.

3° Le stade de déclin s'annonce par l'apparition d'intervalles lucides qui deviennent de plus en plus fréquents et de plus en plus prolongés.

Outre la guérison, qui est très fréquente, la manie peut passer à l'état chronique qui se termine par la démence. Rarement elle se termine par la mort : celle-ci est due toujours à une complication, soit affection organique quelconque, soit délire aigu, chez les malades profondément débilités.

Telle est la manie dans sa simplicité clinique. Or, les vrais maniaques sont assez rares. Il est bien plus fréquent d'observer des malades ayant tout l'extérieur des maniaques, chez lesquels la manie n'est que l'indice révélateur d'un autre désordre intellectuel, le signe extérieur par lequel ce trouble se manifeste : c'est à ces états qu'il faut attacher la dénomination d'*état maniaque :* ces manies secondaires sont à la manie franche aiguë ce que sont les états symptomatiques aux états idiopathiques.

Les états maniaques, dont le tableau rappelle de plus ou moins loin celui de la manie vraie, sont très communs au cours de l'aliénation mentale. Le paralytique général s'agite souvent au point de ressembler à s'y méprendre à un maniaque; les malades à lésions circonscrites offrent aussi le même aspect. D'autre part, l'alcoolique, l'épileptique, l'hystérique, le dégénéré, l'intermittent se révèlent parfois sous les dehors de la manie. Le diagnostic est souvent difficile, en particulier chez les dégénérés : chez ces derniers, toutefois, au milieu de l'accès maniaque, on voit poindre des idées hypochondriaques, mystiques, ambitieuses qui ne font pas partie du cortège habituel des symptômes de la manie franche, laquelle est constituée essentiellement par un chaos des idées et des actes, sans dérange-

ment intellectuel proprement dit. L'accès maniaque qui éclate chez un épileptique est extrêmement violent, dure peu et est toujours suivi d'une amnésie complète : il se produit une attaque ou un vertige qui sont suivis d'un accès délirant inconscient. Dans l'alcoolisme où l'aspect maniaque se rencontre communément, il existe cependant des caractères si tranchés que la confusion avec la manie vraie n'est guère possible. La manie aiguë franche guérit d'elle-même après une évolution régulière.

Le point capital du traitement de la manie réside dans la suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention : c'est là la véritable prophylaxie à opposer aux complications de cette maladie. On peut presque dire que tout maniaque fébricitant qne l'on camisole est un homme mort.

Le traitement consistera ensuite dans l'administration simultanée de bains tièdes prolongés, de bromure de potassium, associé ou non au chloral. Un traitement qui donne parfois de bons effets est l'administration du laudanum à doses progressives, de quinze gouttes, en augmentant chaque jour d'une goutte, jusqu'à 5 et même 10 grammes par jour ; le chlorhydrate d'hyoscine, en injection sous-cutanée à la dose d'un demi à un milligramme, peut rendre des services pour calmer l'agitation.

Enfin, il faut surveiller l'état général et par suite l'alimentation du malade. E. Blin.

XI. *La thérapeutique suggestive et ses applications;* par le Dr Cuallerre; 1 vol. de la Bibl. scientif. contemp. J.-B. Baillière. Paris, 1893.

Nous ne dirons que quelques mots de cet ouvrage qui vient grossir la liste de ceux que la manie hypnotique a fait naître depuis quelques années. Le principal mérite de ce nouveau livre est, outre sa clarté, son impartialité. Il se borne le plus souvent d'ailleurs à enregistrer les faits sans en faire la critique. Il y a une chose cependant sur laquelle il serait bon d'insister et qu'on néglige presque totalement, c'est que la suggestion hypnotique ou non n'est pas un moyen de traitement d'une maladie, mais ne peut guère servir qu'à combattre un symptôme. Cette considération réduit singulièrement le rôle de la suggestion en thérapeutique, et le ramène à celui de beaucoup de médicaments qui dans la médecine ordinaire amènent momentanément une accalmie, mais n'empêche en aucune façon la maladie d'évoluer. Et si, comme nous le croyons, la suggestion, dirigée un peu à la légère, comme le font forcément ceux qui s'en servent sans données psychologiques différentes et sans s'inquiéter de l'état mental provoquant la suggestibilité, peut aggraver cet état mental tout en semblant modifier avantageusement telle ou telle de ses manifestations, on voit qu'elle

a plus d'inconvénients que d'avantages et qu'il peut être dangereux de laisser croire, même aux médecins, que sa pratique peut être courante et facile. P. S.

XII. *L'inversion sensuelle;* par le Dr J. CHEVALIER. Préface du Dr LACASSAGNE, Storck et Masson. Paris, 1 vol. de la *Bibliothèque scientifique judiciaire,* 1893.

Ce livre qui met au point la question des anomalies, perversions et aberrations sexuelles, ne se contente pas de l'exposer cliniquement. Le problème anthropologique et l'étude médico-légale y sont bien approfondis. L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première traite de l'instinct sexuel en tant qu'effet et fonction régulière de la sensualité. Cet examen permet de mieux comprendre l'inversion et d'indiquer sa place au milieu des autres anomalies génésiques. La seconde énumère les faits historiques et passe en revue les divers travaux des savants et des médecins sur cette question. L'auteur traite successivement l'inversion dans l'histoire, d'une manière fort intéressante, puis l'inversion dans la science, où apparaissent toutes les phases par lesquelles a passé ce problème, enfin l'inversion dans la littérature, où il a su ne pas tomber dans des considérations extra-scientifiques auxquelles ce sujet aurait pu le mener.

La troisième partie, la plus étendue, décrit et développe les diverses formes de l'inversion considérées dans leurs causes directes, leurs manifestations symptomatiques, leur nature et leurs caractères. On passe successivement en revue les dépravés, les malformés, les aliénés, les dégénérés. C'est le côté social psychologique et, pour tout dire, la partie clinique.

La quatrième partie aborde le problème des origines profondes et lointaines de l'aberration. C'est le côté purement spéculatif, la partie anthropologique. L'inversion sexuelle ne représente pas une espèce morbide, mais constitue simplement un symptôme de la dégénérescence. Les invertis sont des malades et non des vicieux.

La cinquième partie enfin traite la question au point de vue médico-légal, et s'occupe de la conduite à tenir devant les manifestations délictueuses ou criminelles de l'inversion. Elle agite la question de la prophylaxie et de la thérapeutique sociales, comme celle de la responsabilité individuelle.

Nous ne pouvons entrer dans les détails de cet ouvrage, mais nous en recommandons vivement la lecture à ceux qui désirent se mettre au courant de cette importante question. P. S.

VARIA

LES TRANSFERTS DES ENFANTS ALIÉNÉS

Le 16 mars 1891, le père de l'enfant March..., que nous prévenions officieusement du transfert de son enfant à l'asile de Bourg, nous supplie en pleurant de conserver son enfant à Bicêtre. Le père est né à Marseille de parents lorrains et la mère est de Meurthe-et-Moselle. Le père du père de l'enfant étant douanier fut envoyé à Marseille, d'où sa naissance, à lui Lorrain, dans cette ville. Il a acheté plus tard une étude de notaire dans un canton de l'Ain, puis est venu habiter Paris. D'où il suit que l'enfant n'a AUCUN PARENT dans l'Ain. Et c'est ce département qui le réclame; c'est là qu'est son domicile de secours.

L'humanité veut que l'on ne transfère pas des enfants loin de leurs parents; c'est pour cela que le Conseil général de la Seine sur notre proposition consent à maintenir dans les quartiers d'asiles du département de la Seine, consacrés aux enfants, ceux d'entre eux dont les parents habitent Paris depuis deux ans au moins. Des difficultés étant survenues, nous avons insisté de nouveau en 1891, pour que l'administration préfectorale de la Seine se conforme à la délibération du Conseil général. L'administration s'est alors décidée à élaborer un projet de règlement pour le placement des enfants aliénés ou idiots, âgés de moins de dix-huit ans. Ce projet a été adopté en décembre dernier, par le Conseil général, après un avis favorable émis sur notre rapport, par la commission de surveillance en 1892.

L'article qui concerne les enfants nés en province est ainsi conçu :

Art. 8. — Les enfants aliénés ou idiots, âgés de moins de dix-huit ans, qui, par le fait de leur naissance en dehors du département de la Seine, ont leur domicile de secours dans un autre département, peuvent néanmoins être admis dans les asiles de la Seine, lorsque les parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine, depuis trois ans, au moment de la demande d'admission et qu'ils habitent avec eux.

Le département de la Seine ne réclame au département d'origine que le prix de journée que ce département paie dans son propre asile, avec une générosité qui mériterait d'être imitée, faisant ainsi passer les intérêts des enfants et des familles au-dessus des intérêts financiers. B.

Coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de la création de la maison de retraite (*The Retreat*) de York. Ses différents buts; son influence; par D. Hack Tuke. (*The Journal of mental Science*, juillet 1892.)

La maison de retraite pour les aliénés de York a été fondée par les ancêtres du Dr Tuke; elle a été le premier asile où les méthodes de douceur que Pinel allait faire prévaloir en France ont été mises en pratique à l'égard des aliénés. Pinet d'ailleurs ignorait le fait et sa gloire de novateur humanitaire n'en est pas diminuée. La maison de retraite de York (*The Retreat*) a été fondée en 1792, et pour célébrer le centenaire de cette fondation l'Association médico-psychologique britannique y a tenu en 1892 sa grande session annuelle, après avoir élu pour son président cette même année le médecin-directeur de la retraite. C'est à cette occasion que M. Hack Tuke a cru devoir retracer l'histoire de cet asile, en insistant surtout sur le côté rétrospectif de cette histoire. R. M.-C.

Description des ailes du nouvel hôpital de l'asile royal James Murray; par A.-R. Urquhart et A. Heiton. (*The Journal of mental Science*, avril 1890.)

Ce mémoire, très intéressant dans ses détails et accompagné d'une planche, est dû à la collaboration du directeur-médecin de l'asile et de l'architecte qui a exécuté les travaux. Il contient toutefois des données trop techniques pour pouvoir être utilement analysé à cette place. R. M.-C.

Les médecins-adjoints des asiles, leur situation dans cette carrière spéciale; par les docteurs Dodds, Straham et Greenlees. (*The Journal of mental Science*, janvier 1890.)

Nous reproduisons ici, bien que les quatre dernières ne soient évidemment applicables qu'à l'Angleterre, les conclusions des auteurs de ce mémoire :

1° Il est contraire à l'intérêt bien entendu des malades et de la médecine mentale de laisser augmenter la population de nos asiles au delà par exemple du chiffre de sept ou huit cents lits;

2° Le personnel médical des asiles devrait être renforcé par la

nomination de médecins-adjoints et d'internes en plus grand nombre;

3° Le plus ancien des médecins-adjoints devrait avoir une situation officielle reconnue de médecin responsable, sous la direction du surintendant (*superintendant*) de l'asile;

4° Dans tous les grands asiles, il y aurait lieu de prendre des dispositions telles que le plus ancien des médecins-adjoints ne fût pas forcé de rester célibataire;

5° Au lieu de rester invariablement fixes, comme ils le sont trop souvent à l'heure actuelle, les appointements du plus ancien des médecins-adjoints, devraient augmenter proportionnellement à la durée de ses services, et l'échelle de cette augmentation pourrait se rapprocher de celles dont bénéficient actuellement les officiers.

R. M.-C.

Notes sur quelques dispositions spéciales observées dans divers asiles; par Robert Baker. (*The Journal of mental Science*, janvier 1890.)

Les différents appareil ou les dispositions spéciales sur lesquelles l'auteur attire l'attention de ses collègues ne sauraient être exposés ici en détail, nous les indiquerons seulement ici, à titre de renseignement pour les intéressés, ce sont : 1° un urinal perfectionné, doublé de verre, et absolument inodore; — 2° un pavage spécial, non glissant, pour les salles de bains et de douches; — 3° un garde-feu à fermeture automatique; — 4° un guichet de surveillance perfectionné; — 5° enfin des revêtements de caoutchouc pour les pieds des chaises ou fauteuils; ces « bottes » de gutta-percha, très usités dans les asiles américains, empêchent les aliénés agités de troubler, par les mouvements continuels de leurs sièges, la tranquillité de toute une salle. R. M.-C.

Economie des constructions hospitalières; par le Dr Blackford.

Le nombre toujours croissant des aliénés dans l'Etat de Virginie nécessite la construction de nouveaux asiles.

Au lieu de bâtisses coûteuses, longues à construire, du genre de celles que l'on édifiait autrefois, les nouveaux asiles seront constitués par la réunion de bâtiments isolés, de 14 mètres sur 30 environ, chaque bâtiment comportant quatre étages et installé pour recevoir une centaine de malades. Ils seront construits en briques, aménagés avec le plus grand confortable, mais sans luxe, ce qui permettra une édification rapide et économique.

Les hommes seront répartis dans des dortoirs de seize lits chacun; pour les femmes, il existera plusieurs chambres séparées dans chaque bâtiment et les dortoirs contiendront onze lits au plus. (*American Journal of insanity*, 1892.) E. B.

De la surveillance des asiles publics d'aliénés par l'État; par Ascher. — De la surveillance des asiles privés; par Ascher. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N F, III, 1892.)

L'auteur détaille la multiplicité des formalités médico-administratives qui lorsqu'elles sont appliquées à la lettre nuisent au traitement rapide des psychoses. Quant aux asiles privés, combattus par Reil qui les déclare dangereux pour la sécurité publique, et Jacobi, il est bon, dit-il, qu'on les soumette à un contrôle de tous les instants, mais est-il bon qu'à force de rouages on finisse par divulguer le secret des familles? Le prochain article de M. Ascher nous intéressera par le menu, plus que les dispositifs d'un pays qui n'est pas le nôtre; dans cet article il étudiera les modifications qu'on peut faire subir au contrôle de l'Etat dans les asiles publics et privés afin qu'il demeure utile, sans devenir nuisible, sans soulever mille malédictions! P. K.

Le régime alimentaire dans les asiles d'aliénés. Ne devrait-il pas être plus varié; par J.-A. Campbell. (*The Journal of mental Science*, juillet 1892.)

Après l'exposé de quelques considérations générales, M. Campbell fait remarquer que le régime des asiles présente une uniformité qu'il y aurait certainement avantage à modifier; il est clair par exemple que le régime alimentaire ne devrait pas être le même l'été que l'hiver; instinctivement pour ainsi dire nous changeons, suivant les saisons, la proportion de nos diverses sortes d'aliments; pourquoi ne pas introduire des changements analogues dans le régime des asiles?

Il est évident, d'autre part, que le même régime alimentaire ne saurait convenir indistinctement à tous les pensionnaires d'un asile; le régime qui est normalement réparateur pour un aliéné qui travaille régulièrement à des ouvrages de force, à la terre par exemple, devient excessif pour l'aliéné qui ne fait rien ou qui n'a qu'une occupation sédentaire.

Le choix du régime et son adaptation au malade ont encore un autre avantage, celui d'exercer une influence presque thérapeutique; les aliénés violents, excitables, se calment d'une façon appréciable quand on supprime pendant quelque temps la viande de leur alimentation ou quand on les met au régime lacté. L'auteur pense que dans les asiles anglais, — et il ajoute que volontiers il généraliserait et dirait, en Angleterre, — on fait un usage trop restreint du bouillon et de la soupe.

Il voudrait, la question à son sens en vaut la peine, — que l'Association médico-psychologique nommât une commission pour examiner le régime alimentaire actuel des asiles, et même pour dres-

ser des projets de menus hebdomadaires; ces menus ne seraient naturellement pas obligatoires pour les directeurs et les médecins, mais ils leur serviraient de guides et de modèles, et M. Campbell ne dédaigne pas de préciser à l'avance les questions sur lesquelles il voudrait avoir l'avis de ses confrères et d'une commission ; ce sont les suivantes; nous les reproduisons ici parce que le sujet, en traversant la Manche, ne perd rien de son importance :

1° Combien de fois par semaine doit-on donner de la viande de boucherie en hiver? 2° Même question pour l'été? 3° Quelle est la quantité de viande cuite, sans os, nécessaire pour maintenir en bonne santé les chroniques d'un asile? 4° La soupe et le bouillon occupent-ils dans le régime alimentaire des asiles la place qu'ils devraient y occuper? 5° Les aliments farineux et le laitage sont-ils suffisamment appréciés en tant qu'aliments utiles aux aliénés? 6° Par suite de leur commodité, de leur bas prix, et aussi par habitude, l'usage des pommes de terre ne tend-il pas à exclure l'usage des autres légumes, au détriment de la saine hygiène alimentaire? 7° Ne devrait-on pas attacher plus d'importance à l'usage des fruits cuits maintenant que leur prix les rend plus abordables? 8° Quelle est la forme la plus avantageuse et la moins dangereuse sous laquelle on peut faire figurer le poisson dans les repas des aliénés?

M. Campbell ne voudrait pas toutefois que l'on pût penser qu'il poursuit un but d'économie; s'il cite des chiffres, c'est pour fixer les idées; et si ces chiffres sont avantageux pour les finances de l'asile, c'est tant mieux, mais si la variété dans le régime alimentaire devait être plus onéreuse, il la préconiserait néanmoins.

Enfin, il est un dernier point sur lequel il est impossible de ne pas être d'accord avec M. Campbell, c'est qu'il faut compter au nombre des misères de l'internement, et non des moindres, l'éternel retour du même et invariable menu pour chacun des jours de la semaine, et cette misère-là est de celles auxquelles on peut remédier.

R. de Musgrave-Clay.

D'un salaire a donner aux malades des asiles en échange du travail fourni par eux ; par Charles Mercier. (*The Journal of mental Science*, janvier 1893.)

Tout le monde sait qu'il y a un double avantage à obtenir des aliénés internés dans les asiles un travail régulier : avantage pour l'aliéné que le travail distrait plus ou moins de ses conceptions délirantes et dont il améliore le sommeil, avantage pour l'asile, dont on diminue ainsi les charges, lorsque le travail obtenu est un travail utile. Mais beaucoup d'aliénés sont réfractaires au travail proposé ou imposé ; les plus raisonneurs, sinon les plus raisonnables, objectent qu'ils sont à l'asile contre leur gré, qu'ils ne doivent rien à ceux qui les y détiennent, et que même l'acceptation

d'une tâche serait comme la sanction de leur internement ; d'autres ne sont que très médiocrement tentés par les menues faveurs obtenues en échange de leurs services. M. Mercier propose de supprimer ces objections et de réveiller ces bonnes volontés en payant le travail des aliénés, et en le payant d'une façon qui tout en restant très inférieure à la valeur commerciale de ce travail, lui serait cependant proportionnelle. Il est toutefois évident que ce paiement ne saurait être fait en argent ; mais rien n'est plus facile que de créer pour chaque asile des valeurs conventionnelles (bons ou jetons) que les malades pourraient échanger contre certaines marchandises très diverses, dont l'assortiment serait naturellement fixé et autorisé par le directeur. Quant aux rémunérations en nature, elles seraient entièrement supprimées. Cette manière de procéder présenterait plusieurs avantages ; par exemple elle permettrait de remplacer, chez les malades difficiles, certaines peines disciplinaires : un malade à qui une promenade, une réunion peuvent-être utiles comme moyen de distraction et par conséquent, de traitement, ne devrait jamais en être privé à titre de punition ; mais une amende pourrait lui être infligée. — Enfin en cas de guérison, l'aliéné, au sortir de l'asile, pourrait toucher le petit pécule ainsi amassé, qui l'aiderait à vivre pendant les quelques jours qui suivraient sa sortie : ce cas serait d'ailleurs le seul où les valeurs conventionnelles ayant cours dans l'asile pourraient être converties en argent.

M. Mercier ajoute d'ailleurs que cette idée, qu'il croyait neuve, lorsqu'il a annoncé son intention de la soumettre à l'Association, avait déjà été mise en pratique par le Dr Orange à l'asile des aliénés criminels de Broadmoor, où elle avait donné les résultats les plus heureux tant au point de vue du bien-être des malades qu'à celui de la prospérité et des finances de l'asile. Toutefois à Broadmoor, le malade ne touche aucune valeur conventionnelle ; il a sur des livres semblables aux livres de banque, son feuillet de Doit et Avoir, dont un extrait reste en sa possession, et sur lequel sont inscrites toutes ses petites transactions commerciales.

R. M.-C.

Protection contre l'indendie dans les hôpitaux d'aliénés; par le Dr L.-H. Prince, médecin résident, place Bellevue, à Batavia, 3. — Chicago, C.-H. Blakely et Co, 1891. (*American Journal of insanity*, octobre 1891, p. 275.)

On ne peut trop estimer l'importance qu'il y a de prendre des mesures contre le feu dans les hôpitaux affectés aux aliénés ; à la vérité, à cette époque de progrès, négliger de pourvoir les hôpitaux d'appareils d'incendie, ne peut être taxée que comme une grosse négligence de la part de l'administration. Dans une période

relativement courte plusieurs grands incendies se sont déclarés dans des hôpitaux de ce pays où ils firent de nombreuses victimes parmi les aliénés. La citation de pareilles catastrophes devrait suffire pour assurer l'existence d'une législation utile pour procurer les moyens d'organisation et de maintien d'un système complet d'appareils et de manœuvres indispensables pour se protéger contre ce danger.

Le livre qu'a écrit le Dr Prince sur ce sujet est à propos et contient des conseils de grande valeur. Il établit bien que les pertes pécuniaires occasionnées par le feu sont souvent plus grandes qu'il n'aurait fallu d'argent pour rendre l'établissement complet à l'abri du danger, car nous sommes fermement convaincus qu'on ne peut commettre de plus grandes fautes que celles qui consistent à faire des économies dans ce cas. L'auteur expose d'une façon brève les méthodes modernes de chauffage et d'éclairage des bâtiments, et déclare que l'opinion générale est que l'électricité est, « sans aucun doute le système le plus sûr et le meilleur de tous ceux employés jusqu'ici » pour l'éclairage.

Les dépôts de chiffons gras, de barils de frêne, etc., sont autant de dangers qui couvent; il décrit et illustre une grande variété d'appareils d'extinction en cas d'incendie. L'auteur repousse l'usage de tuyaux fixes dans les bâtiments et présente de puissants arguments contre leur emploi, disant qu'il arrive que par la forte pression de l'eau une conduite peut se crever ou être brisée par la chute d'un mur ou par d'autres causes. La meilleure protection contre le feu se trouve dans un système de pompes et de grands conduits d'eau reliés par des jointures en caoutchouc, par l'usage de seaux placés dans toutes les parties des bâtiments, de grenades à main et d'extincteurs chimiques. L'auteur a une grande confiance dans l'extincteur chimique de Babcock. Les expériences faites à plusieurs reprises, à Utique, ont été couronnées du plus grand succès. On pourrait également mentionner l'extincteur Miller. Plusieurs systèmes d'alarme électriques sont également mentionnés, mais le « *système rapide Garnewell* », tel qu'il est utilisé à Kankakee, « semble être, pour l'auteur, l'appareil qui répond le mieux aux exigences des établissements publics ».

Le Dr Prince démontre justement que « après qu'un établissement aura été pourvu des moyens nécessaires à l'extinction des incendies, et qu'il possédera un système d'alarme convenable, on ne peut pas encore le considérer comme parfaitement protégé tant qu'on n'y aura pas annexé un système d'organisation et de manœuvres dans lesquelles l'appareil, quand la nécessité s'en fera sentir, pourra être manié d'une façon intelligente.

Le Dr Prince fut une fois mis en relation avec la *Compagnie d'assurances Patrol, de Chicago*, contre l'incendie, et fut plus tard médecin assistant à l'hôpital de Kankakee, Ill., où il organisa

une excellente brigade d'incendie, il en élabora les statuts et la gouverna. Son livre contient l'impression d'une expérience pratique, il mérite un examen attentif et une étude sérieuse. Tous les établissements d'aliénés devraient avoir dans leur bibliothèque un exemplaire de ce livre.

Incendie d'un asile d'aliénés a New-Hampshire

L'asile d'aliénés du comté de Strasford, situé à 4 milles de Douvres, N. H, a été rasé par un incendie dans la nuit du 9 février 1893, dans lequel périrent 44 aliénés. Le bâtiment est une construction de deux étages en bois, de 330 sur 35 pieds de largeur, entouré par de hautes murailles et une grande cour de chaque côté. Ce bâtiment contenait cinquante petites cellules, fermées à clef la nuit. Quand on découvrit le feu, on enfonça les portes, mais l'incendie s'étendit si rapidement et la disposition des constructions est telle que quatre aliénés seulement ont pu se sauver.

La hauteur des murs environnant l'asile a empêché qu'un au moins de ces infortunés s'évadât. La plupart étaient des femmes, qui étaient totalement affolées et incapables de reconnaître leur chemin. La construction avait vingt ans d'existence et avait coûté 10,000 dollars. Il avait été construit pour remplacer celui qui avait été brûlé, et où périrent huit personnes dans les flammes. Il est peu probable qu'on ait à redouter un nouveau sinistre de ce genre pour les asiles qui ont été récemment construits, mais il y a là un devoir évident pour les autorités qui devront considérer comme un avertissement ces morts inutiles, et faire en sorte qu'on n'utilise plus de bâtimencs qui offrent des dangers de ce genre. (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 février 1893.)

FAITS DIVERS

Aliénés ; nouvel exemple des dangers d'ajourner l'internement. — La nuit dernière, vers quatre heures, M. Gaillard, capitaine du 4e génie, détaché à l'état-major, et qu'on dit atteint de la manie de la persécution, sortait de sa chambre, 62, rue Victor-Hugo. Entendant du bruit dans l'allée dont la porte était ouverte, il tira au jugé trois coups de revolver.

Un des projectiles atteignit un nommé Paul Lamure, qui satisfaisait un besoin naturel.

Le blessé tomba et n'eut que la force de se réfugier dans la cave où il expira.

M. Gaillard a fait sa déclaration au commissariat de police. (*Radical*, 26 mars.)

MAISON POUR ÉPILEPTIQUES. — La commission législative de l'Etat de Massachusetts s'est occupée de la question de l'établissement d'une maison d'épileptiques. L'année dernière un comité avait été nommé par la Société médicale de cet Etat, à l'effet d'étudier et de presser cette question qui a été l'objet d'une circulaire du gouverneur. La législation pendante pour le nouvel asile d'aliénés de Medfield peut encore retarder l'action jusqu'à l'hiver prochain. (*The Boston Med. and Surg. Journ.*, 1893, p. 248.)

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Georges PICHON est mort le 13 février 1893 à l'âge de trente-trois ans; il avait été successivement interne des Asiles et chef de clinique des maladies mentales et médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement. On lui doit : *De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles* (thèse); — *Des délires multiples* (Prix Esquirol); — *Des maladies de l'esprit* (1888); — *La morphinomanie et les morphinomanes* (1891). — M. Chrestion au nom de la *Société médico-psychologique* et M. Vallon au nom de l'*Association des internes et anciens internes des asiles de la Seine* ont rendu hommage à ses qualités intellectuelles et morales.

UN PAYSAN FOU A L'ÉLYSÉE. — *Paris*, 20 *février*. — Un paysan du Gard, Samuel Peyrouauge, ancien sacristain, âgé de quarante ans, est arrivé, dimanche matin, à Paris. Il s'est rendu directement au palais de l'Élysée pour s'entretenir avec M. Carnot. Il avait suspendu à un bâton qu'il portait sur l'épaule un paquet assez volumineux contenant des vêtements.

Le concierge du palais arrêta cet homme au passage. Celui-ci lui expliqua qu'il venait demander au chef de l'État la croix de la Légion d'honneur et trois millions de francs, en récompense des miracles qu'il avait accomplis.

Le concierge le fit conduire au bureau du commissaire de police. Celui-ci envoya Peyronauge à l'infirmerie du dépôt. (*Petit Var*, 21 février 1893.)

LE CADAVRE DE LA SORCIÈRE. — *La superstition humaine.* — *Tragique exhumation.* — *Coupée en morceaux.* — On mande de Vienne, 6 février : Une lettre adressée de Temesvar au *Lloyd*, de Pesth, signale un cas de superstition rare :

« Dans la commune de Spatta, est morte ces jours-ci une vieille paysanne qui avait une certaine connaissance des simples, qui mettait ces connaissances à profit pour entreprendre la cure des villageois malades, et qui avait été entourée peu à peu du respect que l'on accorde aux sorcières et aux êtres doués de facultés surnaturelles.

« Après sa mort il advint que plusieurs bestiaux furent enlevés dans la commune par des maladies diverses, et, après avoir cherché en vain les causes naturelles de cette catastrophe, les paysans finirent par penser qu'elle était due au fait que la sorcière défunte était apparue dans les rues et dans les étables du village.

« Résolus à mettre fin à cette influence néfaste, ils attendirent la nuit, se rendirent en foule au cimetière, exhumèrent le cercueil. l'ouvrirent et coupèrent le cadavre en morceaux pour l'empêcher de recommencer ses courses à travers la campagne.

« Puis, après avoir rejeté dans la tombe les membres déchiquetés, ils s'en retournèrent chez eux en donnant le signe d'une satisfaction profonde. La gendarmerie a ouvert une enquête, et plusieurs paysans ont déjà été mis en état d'arrestation. (*Petit Troyen*, 8 février 1893.)

Enfants idiots. — *Acceptation de la donation de* 100 *francs de rente*, 3 *p.* 100, *que MM. Gallois se proposent de faire au profit des enfants idiots ou épileptiques soignés à l'hospice de Bicêtre, ou d'infirmiers ou infirmières du même établissement.*

Sur le rapport de M. Bonthoux, le conseil émet l'avis suivant : Le conseil, vu le mémoire par lequel M. le directeur de l'administration lui fait connaître l'offre faite par MM. Gallois de faire donation à l'Assistance publique de Paris du capital nécessaire pour former une rente de 100 francs, dont les arrérages seront employés chaque année à l'acquisition de deux livrets de caisse d'épargne :

L'un de 30 francs qui sera remis à l'enfant faisant partie de la section des enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre qui, pendant le cours de l'année, se sera fait remarquer par la meilleure conduite et son application au travail ;

L'autre de 70 francs, qui sera remis à l'infirmier ou l'infirmière de la susdite section de Bicêtre, qui se sera le plus fait remarquer par sa bonne conduite et son dévouement à soigner les enfants de la susdite section à eux confiés. (*Procès-verbal du conseil de surveillance* de l'Assistance publique, 1892-93, p. 298.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Angelucci e Bierraccini. — *Sullo stato di mente del carabiniere C. Augusto imputato di Mancato omicidio volontario*. Forli, 1893. — Tip. e Lit. democratica.

Bremer (L.). — *A case of hysterical astasia abasia suing for damages*. Brochure in-8° de 16 pages. — Saint-Louis, 1893. — *Journal of nervous and mental diseases.*

Bremer (L.). — *Itching of central origin or brain*. Brochure in-8°

de 14 pages. — Saint-Louis, 1893. — *The Review of Insanity and Nervous discat.*

Donath. (J.) — *Ueber Hyperotismus und Suggestivtherapie.* Brochure in-8° de 19 p. — Wien, 1893. — *Wiener Mediznisch Wochenschrift.*

Gasnier (A.). — *Etude sur la paralysie faciale hystérique.* Vol. in-8° de 156 p., avec fig. dans le texte. — Paris, 1893. — Jouvet et Cie.

Hirth (G.). — *La vue plastique. Fonction cérébrale.* Vol. in-8° de 119 p. avec 34 planches hors texte.

Hughes (C.-H.). — *Note on the Hysterical concomitants of organic nervous disease.* Brochure in-8° de 6 pages. — Saint-Louis, 1892. — *Alienist and Neurologist.*

Hughes (C.-H.). — *Medical Manhood and Methods of Professionnal Succes.* Brochure in-8° de 16 pages.—Saint-Louis, 1892.— *Alienist and Neurologist.*

Konalewsty (P.). — *Sur Rehandlung der syphilis des centralen Nervensystems.* Brochure in-8° de 24 pages. — Wien und Leipzig, 1893. — W. Braumüller.

Laurent (L.). — *Des Etats seconds (Variations pathologiques du champ de la conscience).* Volume in-8° de 179 pages. — Paris, 1892. — O. Doin.

Lloyd (J.-H.). — *Report of a case of Syringomyalia with exhibition of cections of the spinal cord.* Brochure in-8° de 13 pages, avec 12 figures. — Philadelphia, 1893. — *University of Magasine.*

Massalongo (R.). — *Atetosi successiva a morbillo.* Brochure in-8° de 8 pages. — Napoli, 1892. — Tipografia della *Riforma Medica.*

Massalongo (R.). — *Le inicziori di liquido testicolare di Brown-Sequard e la transfusione nervosa di Costantin Paul. Un nuovo capitolo di tirapeutica suggestiva.* Brochure in-8° de 58 pages. —Napoli, 1893. — Tipographia della *Riforma Medica.*

Möbius (P.-J.). — *Nervenknankheiten.* Volume in-12 cartonné de 188 pages. Leipzig, 1893. — Vorlag. von Ambr. Abel.

Mœller. — *Du traitement des maladies du cœur par la méthode des Drs Schott et De Nauhain.* Brochure in-8°, de 17 p. — Prix : 18 fr. — Bruxelles, 1893. — A. Manceaux.

Moncorw. — *Quelques réflexions sur l'étiologie et le traitement de la sclérose en plaques à propos des leçons sur les maladies de la moelle.* Brochure in-8° de 16 p. — Paris, 1892. — Librairie O. Berthier.

Muchin. — *Paralysis spinalis syphylitica (Erb), aus der Poliklinik von prof. Koualewsky in charkow.* Brochure in-8° de 7 pages. — Sonederabdruck aus dem *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.*

Rosenthal. (E.). — *Les diplégies cérébrales de l'enfance.* Vol. in-8° de 160 pages. Prix 4 fr. Paris, 1893. J.-B. Baillière et fils.

Avis a nos lecteurs. — Avec ce numéro nous commençons *la série des numéros mensuels des* Archives de Neurologie.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. 493.

Vol. XXV. Juin 1893. N° 76.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES DÉFINITIONS RÉCENTES DE L'HYSTÉRIE;

Par M. Pierre JANET.

Les définitions de l'hystérie étaient autrefois très nombreuses et tout auteur était obligé de passer en revue une cinquantaine de formules présentées par ses devanciers avant d'exprimer à son tour sa propre pensée[1]. Mais quand une étude plus précise eût montré la variété de ces phénomènes « plus nombreux que les formes de Protée et que les couleurs du caméléon », on n'osa plus les réunir dans une même formule. Lasègue qui était cependant bien convaincu de l'existence de lois rigoureuses dans les manifestations hystériques n'essaye plus de définir cette maladie. « *On désigne provisoirement*, dit-il, *sous le nom d'hystérie un ensemble de manifestations nerveuses se produisant de préférence chez les jeunes femmes, se rencontrant chez les jeunes gens par une rare exception, et ne relevant pas d'une lésion connue des centres nerveux*[2]. » Il ne se fait pas d'illusions « sur la valeur singulièrement contestable de cette définition », car il déclare un peu plus tard que « la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous[3]. »

[1] Voir la longue préface, intéressante d'ailleurs, de Brachet, *Traité de l'hystérie*, 1847 et son chapitre sur les Définitions, p. 202.

[2] Lasègue, — *Catalepsies partielles*, 1865. (*Études médicales*, t. I, p. 898.)

[3] Lasègue. — *Hystéries périphériques*, 1878. (*Études médicales*, t. II, p. 78.)

Il préfère se borner « à étudier isolément chacun des groupes symptomatiques; après ce travail préalable, on réunira les fragments et on recomposera le tout de la maladie [1] ».

Le conseil donné par Lasègue a été suivi et les auteurs les plus compétents ont évité de se prononcer sur la définition générale de cette maladie. Ils se bornent pour la plupart à montrer un certain nombre de caractères qui permettent de reconnaître la nature hystérique d'un phénomène. M. Babinski, par exemple, montre que l'on peut faire ce diagnostic en étudiant : 1° *l'aspect symptomatique;* 2° *l'évolution;* 3° *l'étiologie;* 4° *l'influence que peut avoir tel ou tel traitement;* 5° *les renseignements fournis par l'expérimentation sur les hypnotiques* [2]. Tout récemment M. Pitres, au début de ses leçons, montrait les défauts des diverses définitions et refusait d'en donner une autre; il se bornait à énumérer certains caractères communs qui permettent de reconnaître « la spécialité nosologique des accidents... Ces caractères, dit-il, ne sont pas nombreux, tout compte fait on peut les résumer dans les cinq propositions suivantes : 1° *les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux;* 2° *ils peuvent être brusquement provoqués, modifiés, ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques;* 3° *ils se montrent très rarement isolés, dans l'immense majorité des cas, certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose;* 4° *ils n'ont pas d'évolution régulière; ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets;* 5° *ils n'ont habituellement pas sur la santé générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints le retentissement profond qu'auraient des accidents similaires mais dépendant d'une autre cause* [3]. » Ces divers caractères sont justes et intéressants, ils peuvent, dans la plupart des cas, permettre le diagnostic de l'hystérie. De même M. Gilles de la Tourette dans un ouvrage très important [4]

[1] Lasègue. — *De l'anorexie hystérique*, 1873. (*Études médicales*, t. II, p. 45.)

[2] Babinski. — *De la migraine ophtalmique hystérique.* (*Archives de Neurologie*, 1891. Extrait p. 8.)

[3] Pitres. — *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. I, p. 4.

[4] Gilles de la Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891.

réunissait la plus riche collection de documents relatifs à l'hystérie, mais considérait comme plus scientifique de ne pas donner, au moins dans ce premier volume, une définition générale de la maladie.

Cette résolution de s'abstenir de définition générale a eu sans doute des résultats utiles; elle a permis aux observateurs de concentrer leur attention sur les observations isolées sans tenir compte des contradictions, sans se préoccuper des théories; elle a permis de recueillir ce nombre énorme de documents précieux dont nous disposons aujourd'hui. Mais il est facile de voir qu'elle n'a pas été sans inconvénients. On a ainsi une idée très précise d'un caractère isolé et une idée très vague de la maladie à laquelle on rattache ce caractère ; il n'y a plus beaucoup d'accord entre les différents auteurs qui croient cependant parler de la même question. Sans doute, les élèves d'une même école qui ont les mêmes habitudes d'examen et de langage s'entendent à peu près sur le diagnostic de l'hystérie, mais les auteurs qui ont reçu une éducation différente ne désignent plus toujours sous ce nom les mêmes malades. Il est impossible de nier que bien des discussions sur les troubles de la sensibilité, sur les suggestions, sur les somnambulismes ne soient nées de cette confusion et il est évidemment désirable que chaque auteur dise avec quelque netteté ce qu'il entend par un hystérique afin que l'on puisse contrôler ses observations.

Peut-être, quand on déclare impossible la définition de l'hystérie, s'est-on fait de la définition une idée trop ambitieuse. Nous sommes évidemment incapables dans ce cas comme dans tous les autres de faire connaître la nature véritable, l'essence d'une chose, ni l'explication dernière d'aucun phénomène. Mais une définition, sauf dans les sciences purement rationnelles, comme les mathématiques, n'a jamais donné ni essence, ni explication. Nos définitions ne sont que des idées générales, des résumés qui doivent seulement contenir le plus grand nombre de faits possibles. Une définition serait parfaite si elle embrassait dans une même formule absolument tous les faits que l'on peut observer à propos d'un même objet. Elle est irréalisable, puisque nous ne connaissons pas tous ces faits. Une définition serait excellente si elle résumait seulement tous les faits connus, mais cela est encore un idéal difficilement accessible. Une définition est suffisante

quand elle exprime dans une seule phrase la majorité des faits connus. Sans doute une pareille formule, comme toute théorie scientifique, est provisoire puisque les faits connus augmentent incessamment et la rendent bientôt trop étroite. Mais on ne supprime pas une semblable définition en montrant simplement que tel ou tel fait de détail n'y est pas compris, il faut, pour la rendre inutile lui opposer une autre définition plus simple et plus générale embrassant non seulement les faits compris dans la première mais d'autres encore. Si l'on s'en tient à cette conception modeste de la définition, a-t-on le droit de dire qu'une définition suffisante de l'hystérie est aujourd'hui impossible? N'y a-t-il aucun caractère commun qui rapproche la majorité des faits qui ont été recueillis de tous côtés? S'il en était ainsi l'hystérie n'existerait pas et ne mériterait pas d'être étudiée comme une maladie distincte.

C'est ce qu'ont pensé quelques auteurs contemporains ; ils ont cru que le moment était venu de s'arrêter un peu dans l'énumération des faits et de résumer autant que possible les connaissances acquises. Voici que de nouveau on propose diverses définitions de l'hystérie. Ces tentatives ne nous semblent pas entièrement blâmables et nous croyons être utile en résument les travaux qui ont été récemment publiés sur ce sujet par MM. Mœbius[1], Oppenheim[2], Strumpell[3], Jolly[4], Donkin[5], Laurent[6], A. Pick[7], Breuer et Freud[8]. Cette revue

[1] Mœbius. — *Ueber den Begriff der Hysterie* (aus dem *Centralblatt für nervenheilkunde*, von d. Erlenmayer, XI, 1888, n° 3.

[2] H. Oppenheim. — *Aus der nervenklinik der charité. Thatsächliches und hypothetisches über des Wasen der Hysterie*, octobre 1889.)

[3] A. Strumpell. — *Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen.* Rede beim antritt des protectorats der Kgl. universitat Erlangen, 4 nov. 1892.)

[4] F. Jolly. — *Ueber hysterie bei kindern.* (Sonder abdruck aus der *berliner klinischer Wochenschrift*, 1892, n° 34.)

[5] Donkin. — Article *Hysteria*, dans le *Dictionary of psychological medicine* de Hack Tuke, 1892.

[6] L. Laurent. — *Des états seconds*, *Variations pathologiques du champ de la conscience*, 1892.

[7] A. Pick. *Ueber die sogenanute «conscience musculaire»* (Duchenne). (*Zeitschrifl für psych. und physiol. der Sinnesorgene, heransgegeben*, von H. Ebbinghans rend A. Konig, t. IV, 1892).

[8] J. Breuer et S. Freud in Vien. — *Ueber den psychischen mechanismus hystericher phenomene.* (Aus *neurologischen Centralblatt*, E. Mendäl, 1893, n°s 1 et 2.)

générale n'a pas la prétention d'être complète, beaucoup de truvaux sans doute nous sont restés inconnus, en outre, pour donner quelque unité à cette étude, nous considérons surtout les auteurs qui ont examiné le côté mental, psychologique de l'hystérie. C'est donc simplement un groupe de définitions que nous désirons présenter : elles ont des caractères communs et ont été exposées simultanément de divers cotés, aussi nous semblent elles, au moins au point de vue historique, offrir quelque intérêt. Comme quelques-unes de ces études font allusion à nos propres travaux et même adoptent les idées générales que nous avons autrefois exprimées sur la nature de l'hystérie, nous demandons la permission de les reprendre en peu de mots, peut-être pourrons-nous, en réunissant ces diverses recherches, exprimer une définition provisoire qui pourra résumer un assez grand nombre des faits connus.

I. — L'hystérie, maladie par représentation.

Une définition, comme on sait, ne peut résumer des faits qu'en les groupant autour d'un phénomène « dominateur », c'est-à-dire en mettant au premier rang un caractère déclaré par hypothèse le plus important et en montrant aussi clairement que possible que tous les autres faits dépendent de ce caractère. Dans les définitions anciennes, le caractère choisi le plus souvent comme essentiel était un caractère physique, une modification réelle ou supposée des phénomènes physiologiques élémentaires. Pendant très longtemps les promenades de l'utérus à travers le corps, ses altérations, ses douleurs ont été le centre autour duquel gravitaient tous les autres symptômes. Ces définitions ne réunissaient qu'un nombre très restreint de phénomènes, c'est le seul reproche que nous leur adresserons. Plus tard un autre phénomène, que l'on considérait aussi comme un fait uniquement physique, l'attaque, devint prédominant et l'hystérie fut essentiellement une maladie convulsivante. « *L'hystérie*, disait Brachet, *est une névrose du système nerveux cérébral, qui se manifeste plus ou moins brusquement par des crises de convulsions cloniques générales et par la sensation d'un globe ascendant dans le trajet de l'œsophage, à l'extrémité supérieure duquel il vient se fixer pour y causer une menace de suffocation*[1]. » Ces définitions

[1] Brachet. — *Traité de l'hystérie*, 1847, p. 204.

étaient un peu plus compréhensives que les précédentes, les phénomènes qui se rattachent à l'attaque étant certainement plus nombreux que ceux qui dépendent des modifications utérines. Mais elles présentaient une grande lacune, elles laissaient à peu près complètement de côté les caractères et les accidents interparoxystiques qui sont si nombreux. Puisque un grand nombre d'auteurs n'avaient pu réussir à grouper les symptômes autour d'un phénomène physique, on a peu à peu changé de point de vue et on a cherché si parmi les phénomènes cérébraux, psychiques, que l'on avait observés depuis longtemps dans cette maladie ne se trouvait pas un symptôme plus important, capable de coordonner un grand nombre de faits. Les définitions de l'hystérie se sont transformées et sont devenues psychologiques.

Le livre de Briquet, 1859, est à ce point de vue très important, il constitue pour ainsi dire un intermédiaire entre les conceptions purement physiques et les interprétations morales de l'hystérie. « *L'hystérie*, dit-il, *est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions*[1]. » L'hystérie devient une maladie émotionnelle et sans doute on peut facilement rattacher un très grand nombre de symptômes à des phénomènes d'émotion. Malheureusement, l'émotion est assez peu analysée par Briquet et l'explication des principaux symptômes est fort vague. Un point surtout, entre beaucoup d'autres restait embarrassant : l'émotion est un phénomène en apparence accidentel et momentané, comment lui rattacher des phénomènes permanents qui durent pendant des mois et des années? Et comment supposer la permanence de l'émotion quand le malade paraît tout à fait calme et indifférent? Néanmoins, l'étude de Briquet peut être considérée comme le point de départ des recherches psychologiques sur les hystériques.

Cette étude n'a commencé d'une manière précise qu'avec les travaux de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, sur les accidents traumatiques des hystériques. Reprenant pour les compléter et les expliquer d'anciens travaux de Brodie[2] et

[1] Briquet. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 3.

[2] B. Brodie. — *Lectures illustrating of certain local nervous affections*. London, 1837.

de Reynolds[1], M. Charcot a montré que certains troubles graves du mouvement ne pouvaient être expliqués par aucune lésion grossière et déterminée des centres nerveux. Dans ses leçons de 1884-1885, il a expliqué comment on pouvait par une analyse minutieuse faire le diagnostic entre une paralysie organique et une paralysie proprement hystérique[2]. Les commémoratifs, l'absence de la fièvre, des troubles trophiques et de la réaction de dégénérescence, la conservation des réflexes tendineux, la répartition de l'anesthésie, etc., ont permis d'éliminer l'une après l'autre toutes les suppositions relatives à des lésions matérielles des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale. Ces études de diagnostic ont été et sont encore capitales, il est très évident qu'il serait ridicule d'interpréter psychologiquement une paralysie avant d'avoir démontré par les analyses précédentes l'insuffisance des explications banales.

Ayant donc assuré son point de départ clinique, M. Charcot a pu montrer, en étudiant l'origine de l'accident, ses caractères, son évolution et sa guérison, qu'il s'agissait de phénomènes moraux, c'est-à-dire, bien entendu, de phénomènes psycho-physiologiques. Enfin, il a confirmé cette explication en introduisant les procédés de la suggestion comme une méthode scientifique de diagnostic et d'analyse des maladies nerveuses. Il a montré que cette paralysie pouvait se reproduire par suggestion soit chez le malade lui-même, soit chez d'autres hystériques : l'affirmation verbale, ou bien un simple choc qui éveillait dans l'esprit du sujet une idée et une émotion analogues produisaient des paralysies tout à fait identiques dans leurs caractères aux accidents naturels[3]. « *Dans certaines circonstances,* disait-il, *une paralysie pourra être produite par une idée*[4]... *En raison de l'obnubilation du moi produite dans un cas par l'hypnotisme, dans l'autre cas, ainsi qu'on l'a imaginé, par le choc nerveux, cette idée une fois installée, fixée dans l'esprit et y régnant sans contrôle, s'y serait développée et y aurait acquis assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysies*[5]... »

Plus tard, M. Charcot applique les mêmes réflexions à des

[1] Reynolds. — *Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependant of idea*, 1869.

[2] Charcot. — *Maladies du système nerveux*, t. III, p. 288 et sq.

[3] Charcot. — *Maladies du système nerveux*, t. III, p, 354.

[4] Id., *ibid.*, t. III, p. 335.

[5] Id., *ibid.*, t. III, p. 355.

contractures [1], à des hyperesthésies plus ou moins intenses [2], et même à des accidents hystériques en apparence tout à fait différents, à des vomissements, à des anorexies [3], à des mutismes [4]. Partout, il montrait l'importance de l'*idée fixe* qui produisait et entretenait l'accident, la reproduction de faits identiques par la suggestion, le traitement par l'isolement et les influences morales qui modifiaient non l'état physique mais l'état mental pathologique de l'hystérique.

Cette conception des maladies par suggestion était loin d'être admise à cette époque comme elle l'est aujourd'hui, aussi rencontra-t-elle beaucoup de résistances. M. Georges Guinon a résumé l'histoire de ces discussions [5] et il nous a montré aussi comment cette doctrine a fini par triompher. Le mécanisme psycho-physiologique par lequel l'accident se réalise est encore discuté et discutable, mais il n'y a plus guère d'auteur qui nie complètement l'existence des accidents hystériques par imitation, par suggestion, par idée. Dans son ouvrage sur les agents provocateurs de l'hystérie, M. Guinon montre aussi comment, dans certains cas, on peut constater l'idée fixe qui détermine l'accident hystérique. Le malade rêve de son accident, il y pense sans cesse, et cette pensée obsédante peut s'interpréter ainsi : « Je ne sens plus ma main, je ne peux plus la remuer, mon bras est lourd [6], etc. » Ces idées ont la plus grande importance et déterminent non seulement la maladie hystérique en général mais encore la forme très particulière que prend l'accident. A la même époque, M. Dutil montrait par plusieurs observations l'importance des idées fixes et des rêves dans la formation des accidents de l'hystérie traumatique [7]. Quel que soit le mécanisme par lequel ces idées amènent le trouble moteur, chorée ou contracture, etc., c'est la répétition constante, la persistance du rêve qui est proprement hystérique et qui caractérise la maladie.

M. Charcot a toujours exprimé ces théories avec beau-

[1] Charcot, *ibid.*, t. III, p. 375, 394.

[2] Id., *ibid.*, t. III, p. 453.

[3] Id., *ibid.*, t. III, p. 241.

[4] Id., *ibid.*, t. III, p. 506.

[5] Georges Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889, p. 42.

[6] Id., *ibid.*, p. 360.

[7] Dutli. — *Hystérie et neurasthénie associées.* (*Gazette médicale de Paris*, 1889. Extrait n° 10.)

coup de modération, bornant leur rôle à l'explication de quelques cas cliniques bien déterminés. Il restait à généraliser un peu plus cette conception et à l'appliquer à l'hystérie tout entière, ce fut, croyons-nous, le rôle de M. Mœbius. Cet auteur rend hommage de la façon la plus courtoise aux travaux de M. Charcot; il les a, croyons-nous, complétés d'une façon intéressante. « *Une opinion*, dit-il, *tend de plus en plus à s'établir, c'est que l'hystérie est une psychose et que la modification qui la caractérise est un état maladif de l'esprit*[1]. » Mais ces modifications mentales ne se manifestent pas seulement par des délires et des altérations des caractères, elles se manifestent surtout par des accidents d'apparence physique. Ce sont des mouvements involontaires, des spasmes, des paralysies aussi bien que des pleurs, des rires, des vomissements, etc. Il en est ainsi, semble-t-il, dans toutes les aliénations où des mouvements bizarres sont aussi la conséquence de certaines idées fausses. Non, dit M. Mœbius, les mouvements de l'aliéné ne sont qu'indirectement en rapport avec son délire; c'est le malade lui-même qui remue et qui veut remuer pour obéir à un ordre imaginaire. Dans l'hystérie, le rapport est plus immédiat, la pensée se transforme en mouvement sans l'intermédiaire de la volonté du sujet. Ce fait est caractéristique et il a servi à M. Mœbius pour formuler une définition de cette maladie : « *On peut considérer*, dit-il[2], *comme hystériques toutes les modifications maladives du corps qui sont causées par des représentations.* »

Le discours de M. Strumpell exprime des idées analogues : « *Ce qu'on appelle la nervosité est, au point de vue scientifique, une disposition surtout spirituelle et non corporelle... certaines représentations trop fortes, certaines associations d'idées trop faciles deviennent le point de départ d'une grande série d'accidents en apparence corporels*[3]. » M. Strumpell s'accorde avec les auteurs précédents pour expliquer *ces accidents névropathiques par des représentations*, (*durch Vorstellungen*). Aux définitions purement physiques de l'hystérie se substitue donc une définition nouvelle qui cherche à grouper les symptômes autour d'un phénomène moral, « *l'hystérie est un ensemble de maladies par représentation.* »

[1] Mœbius, *op. cit.*, p. 1.
[2] Mœbius, *op. cit.*, p. 2.
[3] Strümpel, *op. cit.*, p. 8.

II. — Le dédoublement de la personnalité.

Un grand nombre d'accidents hystériques paraissent dépendre de certaines idées fixes, de certaines suggestions ; mais peut-on, comme l'a essayé M. Mœbius étendre cette explication à tous les accidents et la transformer en une définition de l'hystérie? C'est ce qui a semblé très contestable à plusieurs auteurs et c'est ce qui a été justement critiqué par M. Oppenheim, puis par M. Jolly[1]. Essayons de préciser ces critiques un peu vagues en suivant la méthode que nous avons proposée pour examiner les définitions.

1° Un grand nombre d'accidents hystériques, nettement localisés comme les précédents, des hyperesthésies, des tics, des paralysies, des spasmes ne semblent en relation avec aucune idée, aucune imagination du sujet. Le malade, de quelque manière qu'on l'interroge, et malgré sa bonne volonté, affirme qu'il ne pense pas à remuer son bras, à serrer sa main, à faire une grimace; bien mieux, il n'a aucune idée de ce spasme, il ne le sent même pas, il constate avec étonnement ses propres accidents sans savoir comment ils se produisent[2]. Il y a, en effet, deux catégories d'accidents hystériques que l'on distingue surtout facilement en examinant des tics ou des spasmes. Les uns ont lieu *quand le sujet y pense*, ils disparaissent quand le sujet est distrait ou qu'il s'endort, ceux-là peuvent facilement être rattachés à une idée. Mais les autres se produisent même *quand le sujet n'y pense pas;* le spasme persiste malgré la distraction, quelquefois malgré le sommeil. Ce ne sont plus là, au moins en apparence, des accidents qui dépendent d'une représentation mentale. Au début, peut-être, le sujet a eu conscience d'une émotion, d'une idée plus ou moins vague, mais il est évident que ces phénomènes de conscience ont disparu très vite et que, actuellement ils n'existent plus.

2° L'hystérique ne présente pas uniquement des accidents permanents de ce genre, elle présente un phénomène beaucoup plus fréquent et beaucoup plus connu, c'est l'attaque. Or cette attaque n'est pas un acte simple comme une contraction de la main, c'est un ensemble très complexe de convul-

[1] H. Oppeinheim, *op. cit.*, p. 3. — Jolly, *op. cit.*, p. 12.

[2] Breuer et Freud, *op. cit.*, p. 1.

sions, de cris, de paroles. Le sujet n'a pas dans l'esprit la représentation de toute cette série de phénomènes, il les ignore même puisque, dans la majorité des cas, il se réveille de l'attaque sans bien savoir ce qui vient de se passer. Ces attaques, qui se reproduisent avec une régularité monotone, semblent dépendre de quelque phénomène physique, car elles sont indépendantes de la pensée du sujet et il suffit quelquefois pour les provoquer non pas d'éveiller les idées, mais de presser un point du corps, l'ovaire ou l'épigastre pour que la décharge se produise.

3° Considérons des accidents plus précisément moraux, des délires, des somnambulismes qui appartiennent incontestablement à l'hystérie ; nous ne nous trouvons pas davantage en présence d'une idée fixe, claire et simple. Le sujet ne sait pas ce qui se passe pendant son somnambulisme ou son délire et il n'y pense pas. Quand l'accident arrive, il est composé par toute une longue suite de sensations et de pensées très variées qui n'avaient aucunement été prévue par le malade.

En un mot, même en laissant de côté les stigmates, en ne considérant que les accidents il est impossible de les ramener tous à des modifications corporelles produites par des représentations conscientes.

Essayons donc de changer de point de vue et de prendre un autre phénomène comme centre de la définition. Ce sont encore les études de M. Charcot et de ses élèves qui ont montré combien *le somnambulisme* jouait un grand rôle dans l'hystérie. Ce phénomène se présente d'abord spontanément chez ces malades dans bien des circonstances différentes. Tantôt il existe sous forme de somnambulisme nocturne, tantôt il se développe en plein jour sous forme d'attaque précédée ou non de convulsions. Quelquefois, il grandit d'une manière étonnante de manière à occuper des journées ou même des mois entiers : il donne naissance à ces périodes de seconde existence dont M. Azam a montré l'un des premiers et des plus curieux exemples et qui ont été depuis constatées si fréquemment [1]. Enfin, le somnambulisme peut être provoqué sinon chez toutes au moins chez la plupart des hystériques, et ces états artificiels peuvent présenter tous les caractères et toutes

[1] Voir un résumé de ces observations dans la thèse de M. Laurent, *op. cit.*, p. 13.

les variétés qui ont été remarqués dans les somnambulismes naturels[1].

Il n'est pas facile de se rendre compte du phénomène essentiel qui caractérise les somnambulismes; comme ces états sont extrêmement nombreux et variés, on constate dans l'un des modifications physiques et morales qui ne se retrouvent pas dans l'autre. Nous avons essayé de montrer autrefois[2] que « l'état somnambulique ne présente pas de caractères qui lui soient propres, qui soient en quelque sorte spécifiques... Il n'a que des caractères relatifs et ne peut être déterminé que par rapport à un autre moment de la vie du sujet, à l'état normal ou l'état de veille ». L'oubli de tout ce qui s'est passé pendant le somnambulisme quand le sujet revient à l'état normal, malgré toutes les complications que ce symptôme peut présenter, nous a paru le seul caractère constant et essentiel du somnambulisme. Le plus souvent, les souvenirs perdus réapparaissent quand le sujet se retrouve de nouveau dans l'état anormal et cette amnésie, suivie d'un retour périodique des souvenirs, établit une sorte de scission entre les deux états. Un individu qui est vraiment somnambule vit de deux manières, différentes, il a « deux existences psychologiques alternant successivement[2] »; il a dans l'une des sensations, des souvenirs, des mouvements qu'il n'a pas dans l'autre et, par conséquent, il présente d'une manière plus ou moins nette suivant les cas, deux caractères et en quelque sorte deux personnalités. Le somnambulisme le plus simple doit être considéré comme identique à ces grands phénomènes de double existence qui sont quelquefois si manifestes, il est toujours le résultat, la manifestation d'un dédoublement de la personnalité.

Cet état est provoqué de diverses manières : quelquefois, la première personnalité, le premier groupement des phénomènes psychologiques disparaît par le sommeil, par la fatigue de l'attention et le second groupe se développe facilement. Dans d'autres cas, une sorte d'alternance périodique s'établit par l'habitude et le second système se reproduit régulièrement quand le premier a duré un certain temps. Plus souvent encore, à notre avis, un petit fait quelconque, une sensation dé-

[1] *Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. Revue philosophique*, 1888, t. I, p. 258, et *Automatisme psychologique*, 1889, 73, p. 125.

[2] *Automatisme psychologique*, 1889, p. 448.

terminée, par exemple, se trouve associée avec le groupe de phénomènes qui constitue le somnambulisme, et quand cette sensation est provoquée elle amène automatiquement à sa suite tout le système dont elle fait partie. C'est pour cela qu'il suffira de tel ou tel signal pour déterminer le somnambulisme de tel ou tel malade : l'une entrera rapidement dans cet état parce que je lui touche le front, une seconde parce que je lui presse le pouce, une troisième parce que je lui montre mon doigt. Ces signaux sont tout-puissants non pour créer le dédoublement et former la seconde personnalité, mais pour l'évoquer quand elle existe déjà[1].

Si l'on comprend de cette manière le somnambulisme, il est facile de remarquer qu'un grand nombre d'accidents hystériques peuvent s'y rattacher. Non seulement les longues périodes de la double existence, mais des états de durée très courte pendant lesquels le malade paraît marcher ou agir automatiquement, ces fugues dont il ne se rend pas compte quand il semble se réveiller, ces rêveries interminables dont on ne peut que difficilement le tirer et qu'il ne peut expliquer[2], ces extases, ces catalepsies plus ou moins complètes, etc., ne sont que des degrés ou des formes variées du somnambulisme, des réapparitions plus ou moins complètes de la seconde existence. Certains délires même dans lesquels le sujet crie, injurie, semble jouer un rôle, ne sont également pour nous que des somnambulismes modifiés par des influences particulières.

Mais on peut aller beaucoup plus loin, et M. Charcot a établi depuis longtemps une notion que nous considérons comme essentielle pour l'interprétation de l'hystérie, ce sont les rapports étroits qui existent entre l'état somnambulique et l'attaque hystérique proprement dite. M. Charcot a montré que d'un côté l'attaque renfermait très souvent des phénomènes de nature somnambulique et que de l'autre les somnambulismes naturels ou provoqués étaient souvent précédés ou même accompagnés d'un grand nombre de symptômes appartenant à l'attaque. Le sujet continuait dans une attaque suivante les actes ou les rêves commencés dans la précédente, il

[1] *Autom. psycho.*, p. 455.

[2] Les rêveries et les extases nous paraissent plus fréquentes et plus importantes dans l'hystérie qu'on ne le croit généralement, elles forment des attaques spéciales qui seront étudiées avec plus de détails dans notre travail sur *Les accidents mentaux de l'hystérie*.

avait dans le somnambulisme les mêmes strangulations, les mêmes contractures que dans l'attaque, enfin les procédés qui terminaient ou modifiaient l'une réussissaient également à terminer ou à modifier l'autre[1]. Nous croyons avoir ajouté quelques notions à cette étude faite à la Salpêtrière. Les sujets, disions-nous, passent très facilement d'un état à l'autre, de la crise au somnambulisme ou réciproquement[2]. La mémoire qui est ici si importante présente dans ces deux états un caractère essentiel, elle est réciproque : le malade pendant l'attaque se souvient bien du somnambulisme, et ce n'est que pendant le somnambulisme qu'il retrouve nettement les souvenirs de l'attaque[3]. Ce sont deux états dont les caractères généraux sont tout à fait comparables.

Cette comparaison de l'attaque et du somnambulisme peut se poursuivre jusque dans les détails. Considérons, en effet, le début de l'attaque ou les procédés qui réussissent à la provoquer. L'attaque est quelquefois spontanée au moins en apparence surtout quand elle se produit régulièrement au bout d'un certain temps de vie normale, ainsi que cela a lieu également pour les somnambulismes. Mais le plus souvent, l'attaque est provoquée par un phénomène psychologique qui est associé avec l'état émotif, l'idée fixe, le rêve constitutif de la seconde existence. Une hystérique qui dans ses attaques est en proie au désespoir causé par la mort de son enfant, ou à la terreur déterminée par un incendie, n'a qu'à penser à son enfant ou même à un enfant quelconque, n'a qu'à regarder une petite flamme ou simplement du papier rouge pour avoir une attaque. Ces sensations provocatrices qui jouent le rôle de signal peuvent être déterminées dans certains cas par l'attouchement d'un point du corps. Un enfant court dans les rues poursuivi par un ivrogne, il trébuche et tombe en avant sur le ventre. Depuis, il suffit de le toucher au ventre pour qu'il ait une attaque de terreur dans laquelle il voit l'ivrogne se jeter sur lui, essaye de se sauver et appelle au secours. Un point du corps aura été douloureux au moment d'une émotion, l'attention du sujet

[1] Charcot. — *Mal. du syst. nerveux*, t. I, p. 447. — Paul Richer, *La grande hystérie*, 1885, p. 301. — Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. II, p. 235.

[2] *Autom. psysch.*, p. 52.

[3] *Actes inconscients et dédoublement de la personnalité.* (*Revue philosophique*, 1886, t. II, 590. — *Autom. psych.*, p. 87, 120, 448.)

aura été attirée sur ce point accidentellement ou même par des investigations médicales et cette sensation bien spéciale sera dorénavant associée avec l'attaque et en deviendra le signal. « Il suffit, disions-nous autrefois, de presser des points hystérogènes, c'est-à-dire de provoquer une sensation déterminée appartenant au groupe des phénomènes psychologiques de la crise pour amener l'attaque de convulsions, de même qu'il suffit d'appeler quelques-uns des sujets qui ont été décrits du nom que je leur ai donné pendant le somnambulisme pour amener l'état de somnambulisme complet[1]. » On pourrait faire les mêmes remarques sur les phénomènes qui caractérisent la fin de l'attaque ou la fin du somnambulisme.

Passons à l'étude du développement même de l'attaque : ce qui a frappé tous les observateurs c'est la régularité absolue pour ainsi dire mathématique des attaques chez le même malade. Ce sont toujours les mêmes gestes, les mêmes mouvements, les mêmes cris, les mêmes paroles : on peut prévoir minute par minute ce qui va se passer. On a beaucoup discuté pour savoir s'il y avait un type général d'attaque hystérique, il est du moins incontestable qu'il y a un type individuel et que chaque malade conserve le sien pendant des années. Il en est exactement de même pour les somnambulismes naturels : l'un emporte un oreiller dans ses bras comme si c'était un enfant et parcourt toujours le même chemin sur les toits, l'autre prépare toujours un empoisonnement en mettant des allumettes dans un verre. Que le somnambulisme se répète dix fois ou cent fois, ce sont toujours à peu près les mêmes actes chez les mêmes sujets. Enfin, on constate encore le même caractère dans les somnambulismes artificiels : le sujet a les mêmes aptitudes, les mêmes paroles, il obéit aux mêmes signes, change d'état suivant qu'on le touche ici ou là. Si l'opérateur se trompe, le sujet ne se trompe jamais et il fonctionne très mal quand il n'est pas régulièrement dirigé, quand on n'observe pas minutieusement tous les procédés auxquels il est habitué. La régularité automatique caractérise également tous ces étas et ce fait peut, à notre avis, s'expliquer facilement. La seconde existence est souvent une existence psychologique rudimentaire dans laquelle les sensations et les idées peu nombreuses ne se contrôlent pas et ne se modifient pas les unes

[1] *Automatisme psych.*, 1889, p. 456. — Même remarque, Breuer et Freud, *op. cit.*, 1893, t. II.

les autres. Les idées fixes que nous avons vu jouer un si grand rôle pendant la veille des hystériques sont ici bien plus puissantes encore et se développent avec plus de régularité.

Enfin examinons le contenu des attaques, les actes et les paroles qui les remplissent. Certaines attaques sont à ce point de vue très simples, elles sont évidemment la reproduction minutieuse d'un événement de la vie du sujet, identiques entièrement à la plupart des somnambulismes spontanés. D'autres ne semblent pas être de cette nature : ce sont de simples convulsions, des cris, des efforts respiratoires sans signification précise. Il nous semble que l'on peut considérer ces attitudes et ces contorsions comme des manifestations, des expressions émotionnelles. Nous sommes loin de savoir exactement quels sont les mouvements des membres, les contorsions de la face, les troubles circulatoires et respiratoires qui accompagnent ou mieux qni constituent chaque émotion. Nous savons seulement que l'émotion n'est pas autre chose qu'un système de phénomènes de ce genre. Nous ignorons aussi de quelle manière toutes ces manifestations s'exaspèrent et se modifient quand l'émotion est très violente, très répétée, quand elle se développe automatiquement sans être modérée par la perception consciente des autres phénomènes. Nous ne pouvons donc pas expliquer par les lois de l'émotion chaque attitude et chaque geste du sujet, mais nous pouvons supposer d'après bien des signes que l'attaque d'hystérie vulgaire est la reproduction automatique d'un état émotionnel ancien. On peut le constater en examinant avec soin les idées et les sentiments qui envahissent régulièrement l'esprit du sujet avant l'attaque et qui le remplissent pendant la crise. Et mettant le sujet en somnambulisme, en profitant du souvenir qu'il a à ce moment et seulement à ce moment des émotions éprouvées pendant l'attaque, on constate qu'une émotion initiale, terreur chez l'une, colère chez l'autre, désespoir chez une troisième se répètent régulièrement à chacune de ces crises [1]. Vraisemblablement, toutes ces crises hystériques sont de même nature, elles consistent dans la reproduction plus ou moins complète d'une émotion, d'une aventure, d'une idée ancienne dans une seconde existence qui est analogue à un somnambulisme plus ou moins rudimentaire.

[1] *Actes inconscients et dédoublement de la personnalité.* (*Revue philosophique*, 1886, t. II, p. 590. — Même remarque, Jolly, *op. cit.*, 1892, p. 5, et Breuer et Freud, *op. cit.*, 1893, p. 9.)

Ces études sur les attaques et les somnambulismes semblaient rapprocher et réunir une catégorie importante de symptômes hystériques, les accidents périodiques, mais paraissaient laisser de côté les accidents permanents, ces troubles du mouvement si bien résumés d'autre part par les théories de M. Charcot et de M. Mœbius. Cette séparation de ces deux groupes de faits est-elle aussi absolue? C'est ce que nous n'avons pas pensé; nous avons cherché leur réunion en étudiant les manifestations de la seconde personnalité dans l'intervalle des somnambulismes et des attaques.

Cette recherche a été commencée par l'étude des suggestions à effet posthypnotique. Dans certains cas, ces suggestions ne peuvent être exécutées avec exactitude que grâce à certains calculs et à certaines réflexions. On a dit au sujet de faire un acte dans huit jours, il faut bien que, après le réveil, il se souvienne du commandement et compte les jours qui le séparent de l'instant de l'exécution. Or il semble après le réveil n'avoir aucun souvenir de la suggestion et n'a conscience d'aucun calcul, d'aucune réflexion[1]. Nous avons été conduits à admettre dans ce cas et dans beaucoup d'autres semblables qu'il y avait une certaine intelligence subsistant dans l'esprit du sujet à son insu, en dehors pour ainsi dire de sa conscience et de sa personnalité. Des actes de ce genre sont très nombreux; on les constate facilement quand le sujet est distrait et qu'on lui fait accomplir à son insu des actes assez compliqués; on les constate également en étudiant les mouvements complexes et intelligents que l'on peut provoquer dans des membres anesthésiques. Il existe un phénomène tout à fait caractéristique où de telles actions se manifestent d'une manière absolument nette, ce sont les actes inconscients spontanés et l'écriture automatique des médiums[2]. Ces écritures sont non seulement involontaires, elles sont encore dans les cas les plus nets totalement inconscientes, c'est-à-dire tout à fait ignorées par la personnalité normale du médium; mais elles sont cependant intelligentes et démontrent l'existence de sensations, de souvenirs, de jugements parfaitement réels.

[1] *Revue philosophique*, 1886, t. II, p. 582.

[2] *Anesthésie systématisée et dissociation des phénomènes psychologiques.* (*Revue philosophique*, 1887, t. I, p. 450 et 1888, t. I, p. 254.) Pour l'historique de ces études sur l'écriture automatique, cf., *Autom. psych.*, p, 376.

Enfin, dans quelques expériences étudiées surtout par les auteurs anglais et dont nous avons pu vérifier l'exactitude, on peut provoquer chez le sujet non plus des mouvements, mais des hallucinations visuelles qui ont également leur origine dans des pensées subconscientes [1]. Le sujet, en fixant un morceau de cristal, y verra des images, des lettres correspondantes à des idées, à des souvenirs qu'il croyait sincèrement ne pas posséder et qui lui apparaîtront soudainement comme des révélations surnaturelles.

Cette seconde pensée existant au-dessous et en dehors de la première n'est pas pour nous un phénomène nouveau. Il est facile de démontrer qu'elle est étroitement liée avec la seconde existence qui caractérisait le somnambulisme. On constate pendant le somnambulisme le souvenir de tous ces actes en apparence insconscients, ces actes eux-mêmes et l'écriture automatique en particulier manifestent le souvenir complet du somnambulisme, enfin le passage d'un de ces phénomènes à l'autre est extrêmement facile et fréquent. On peut résumer les faits en disant « ces actes en apparence subsconscients ne sont pas quelque chose de distinct du somnambulisme; ils sont le somnambulisme lui-même non plus isolé, alternant avec la veille, mais se prolongeant sous la veille sans interruption [2]. » Bien entendu, il n'est pas question ici des variétés, ni des difficultés de détail, « de ces états de somnambulisme variés dont chacun amène le souvenir d'un certain nombre d'actes subconscients [3] ». Nous nous bornons à constater que cet « hémisomnambulisme », comme l'a très bien appelé M. Ch. Richet [4], est exactement de la même nature que le somnambulisme lui-même; qu'il résulte comme lui d'un dédoublement de la personnalité. Tous les phénomènes psychologiques qui se produisent dans le cerveau ne sont pas réunis dans une même perception personnelle, une partie reste indépendante sous forme de sensation ou d'images élé-

[1] *Revue philosophique*, 1888, t. I, p. 267. — F. Myers, *The subliminal consciousness, sensory automatism and induced hallucinations.* (*Proceedings of the society for psychical research*, 1892, p. 436.)

[2] *Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme.* (*Revue philosophique*, 1888, t. I, p, 265. *Autom. psych.*, p. 410.)

[3] *Automatisme psychologique*, p. 332.

[4] Ch. Richet. — *Les mouvements inconscients dans l'hommage à Chevreul*, 1886, p. 93.

mentaires, ou bien s'agrège plus ou moins complètement et tend à former un nouveau système, une personnalité indépendante de la première. Ces deux personnalités ne se bornent pas à alterner, à se succéder l'une à l'autre, elles peuvent coexister d'une façon plus ou moins complète.

Un grand nombre d'accidents hystériques se rattachent à ce type de l'hémisomnambulisme comme les attaques se rattachent au type du somnambulisme. Nous avons été forcé de reconnaître que dans beaucoup d'accidents, l'idée fixe qui devait les provoquer et les entretenir d'après la théorie de M. Charcot ne pouvait être exprimée par le malade, car il l'ignorait complètement. Nous comprenons maintenant que ces idées peuvent exister en lui bien qu'il n'en ait pas conscience, et ce n'est pas là une simple supposition vraisemblable, c'est un fait que l'on peut démontrer cliniquement. Combien de fois n'avons-nous pas montré que le sujet par l'écriture automatique pendant la veille pouvait exprimer ces idées fixes? Plus souvent encore, nous avons constaté que le sujet dans tel ou tel état hypnotique retrouvait complètement la mémoire de ces idées fixes subsconscientes.

De semblables idées fixes, existant en dehors de la perception personnelle, jouent dans l'hystérie un rôle capital; elles peuvent déterminer des troubles du mouvement les plus variés, elles donnent lieu à des hypéresthésies, elles amènent même des hallucinations car la séparation des deux consciences est loin d'être absolue et un phénomène qui a été provoqué dans l'une par toute une série d'associations d'idées peut apparaître brusquement dans l'autre; elles peuvent troubler et obscurcir l'esprit, provoquer les oublis les plus étranges et même des sortes de délires. Nous avons analysé il y a quelques années un cas de ce genre dans lequel un grand nombre d'accidents se rattachaient à des idées fixes subconscientes. « Il faudrait, disions-nous à ce propos, passer en revue toute la pathologie mentale et une partie importante de la pathologie physique pour montrer tous les désordres psychologiques et corporels que peut produire une pensée persistant ainsi en dehors de la conscience personnelle[1]. » La puissance de ces idées dépend précisément de leur isolement. Les idées

[1] *Automatisme psychologique*, 1889, p. 436. — Mêmes remarques à propos d'une autre malade sur un cas d'abolie et d'idées fixes. (*Rev. philosophique*, 1891, t. I, p. 280.)

d'un homme normal sont nombreuses et se font obstacle réciproquement parce qu'elles font partie de la même conscience; mais chez les hystériques il n'en est pas ainsi, « en raison de la dissociation facile de leur unité mentale, disait M. Charcot, certains centres peuvent être mis en jeu sans que les autres régions de l'organe psychique en soient averties et prennent part au processus [1] ». Ces idées grandissent, « s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite » et ne peuvent être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première. Ces remarques nous avaient conduit autrefois à considérer ces dissociations des phénomènes psychologiques comme un caractère essentiel de l'hystérie : « Ce fait, disions-nous, doit jouer dans cette maladie un rôle aussi capital que celui de l'association dans la psychologie normale [2]. » Un peu plus tard, nous expliquions divers accidents de l'hystérie et en particulier les contractures « par une activité véritable du second groupe d'images séparé de la conscience normale [3] ». « *Le caractère essentiel de celte maladie de la désagrégation était la formation dans l'esprit de deux groupes de phénomènes, l'un constituant la personnalité ordinaire. l'autre susceptible d'ailleurs de se subdiviser formait une personnalité anormale différente de la première et complètement ignorée par elle* [4]. »

A la même époque, M. Jules Janet, pour résumer les recherches que nous avions faites, a publié une observation des plus intéressantes, et il a cherché à exprimer cette nouvelle conception de l'hystérie [5]. On peut peut-être reprocher à ce travail d'être un peu trop schématique, mais il a le grand mérite de résumer d'une manière très nette une conception psychologique assez délicate qui était alors très peu comprise. « *L'état incomplet de la personnalité première, dit-il, constitue les tares hystériques, il permet l'action désordonnée de la personnalité seconde, c'est-à-dire les accidents hystériques... la*

[1] Charcot. — *Mal. du syst. ner.*, III, p. 455.

[2] *L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques.* (*Revue philosophique*, 1887, t. I, 472.)

[3] *Automatisme psychologique*, 1889, p. 362.

[4] *Ibid.*, 1889, p. 367.

[5] Jules Janet. — *Hystérie et hypnotisme d'après la théorie de la double personnalité.* (*Revue scientifique*, 1888, t. I, p. 616.)

seconde personnalité toujours cachée derrière la première, d'autant plus forte que celle-ci est plus affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraître au grand jour[1]. »

Un grand nombre d'études psychologiques furent faites ensuite sur ce dédoublement mais nous ne résumons ici que les conceptions médicales de l'hystérie. M. Laurent, dans un travail paru d'abord dans les *Archives cliniques* de Bordeaux[2], et reproduit plus tard avec développement dans sa thèse de doctorat[3], montre le grand rôle que jouent chez l'hystérique les états secondaires et les phénomènes subconscients, et les considère comme caractéristiques de cette maladie. Mais le travail le plus important qui soit venu confirmer nos anciennes études est sans contredit l'article de MM. Brener et Frend récemment paru dans le *Neurologisches centralblatt*[4]. Nous sommes très heureux que ces auteurs dans leurs recherches indépendantes aient pu avec autant de précision vérifier les nôtres et nous les remercions de leur aimable citation. Ils montrent par de nombreux exemples que les divers symptômes de l'hystérie ne sont pas des manifestations spontanées, idiopathiques de la maladie, mais sont en étroite connexion avec le trauma provocateur. Les accidents les plus ordinaires de l'hystérie, même l'hypéresthésie, les douleurs, les attaques banales doivent être interprétés de la même manière que les accidents de l'hystérie traumatique par la persistance d'une idée, d'un rêve[5]. Le rapport entre l'idée provocatrice et l'accident peut être plus ou moins direct, mais il existe toujours. Il faut cependant constater que souvent le malade dans son état normal ignore cette idée provocatrice qui ne se retrouve nettement que pendant les périodes d'état second naturelles ou provoquées et c'est précisément à leur isolement que ces idées doivent leur pouvoir. Le malade est guéri, disent ces auteurs, quand il parvient à retrouver la conscience claire de son idée

[1] Jules Janet, *op. cit.*, p. 622.

[2] L. Laurent. — *De l'état mental des hystériques d'après les théories psychologiques actuelles.* (*Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1892.)

[3] L. Laurent. — *Des états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience*, 1892.

[4] Josef Brener et Sigm. Frend in Wien. — *Ueber den psychen mechanismus hysterischer Phänomene.* (*Neurologisches centralblatt*, 1893, n[os] 1 et 2.)

[5] Brener et Frend, *op. cit.*, *Separat abdruck*, 3.

fixe. « *Cette division de la conscience que l'on a constatée avec netteté dans quelques cas célèbres de double existence existe d'une façon rudimentaire chez toute hystérique, la disposition à cette dissociation et en même temps à la formation d'états de conscience anormaux que nous proposons de réunir sous le nom d'états hypnoïdes constitue le phénomène fondamental de cette névrose*[1]. » Cette définition vient confirmer celles que nous avons déjà données et qui cherchent à grouper tous les symptômes de la maladie autour d'un phénomène principal le dédoublement de la personnalité. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

PARALYSIE AGITANTE ET HYSTÉRIE.

Par le Dr CHABBERT, de Toulouse.
Médecin-consultant à Bagnères-de-Bigorre.

Dans l'étude sur les tremblements hystériques, après avoir analysé un certain nombre de cas de tremblements vibratoires survenus brusquement à l'occasion d'une cause bien déterminée, comme une attaque convulsive, une frayeur, un traumatisme, etc., et avoir signalé leur persistance parfois indéfinie, M. le professeur Pitres conclut en ces termes : « En présence de ces faits, on peut légitimement se demander si l'hystérie ne joue pas un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour dans la pathogénie des tremblements chroniques qui succèdent aux grands ébranlements psychiques. Les auteurs classiques affirment que la paralysie agitante et le tremblement sénile débutent quelquefois brusquement à la suite de fortes émotions morales. Ils ont peut-être raison, mais il ne serait pas mauvais que leur opinion fut étayée sur des observations nouvelles, dans lesquelles l'intervention possible de l'hystérie serait l'objet d'une attention spéciale[2]. »

[1] *Ibid.* — Les auteurs ajoutent, p. 4, sans préciser que ces idées se rapprochent aussi de celles de Benedikt. Nous regrettons de ne pas connaître ce travail.

[2] A. Pitres.— *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I, p. 300.

Le cas de paralysie agitante que nous publions répond, dans une certaine mesure, aux desiderata formulés par M. Pitres. Il établit : 1° que la paralysie agitante peut s'observer chez un individu ayant présenté des manifestations convulsives de nature hystérique; 2° que la paralysie agitante peut coexister avec des stigmates hystériques parfaitement caractérisés.

OBSERVATION. — Jean M...re, cinquante-six ans[1].

Antécédents héréditaires. — Père, cultivateur, mort à soixante-douze ans d'une fluxion de poitrine. Homme doux, rangé, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse. Il avait trois frères qui sont morts également à un âge assez avancé.

Mère décédée à soixante-quatorze ans d'une fluxion de poitrine; bonne santé habituelle, ni migraineuse ni coléreuse. Elle a eu six enfants; deux sont morts, l'un à soixante ans, d'un refroidissement (?), l'autre à quarante-quatre ans, des suites de couches; les quatre survivants ont soixante-quatorze, soixante-quatre, cinquante-neuf et cinquante-six ans ; les trois plus âgés sont bien portants, le quatrième fait l'objet de cette observation.

Les grands parents ont vécu jusqu'à quatre-vingts, quatre-vingt-deux ans. Chez eux, comme chez les collatéraux, on ne trouve pas trace d'affection nerveuse ou diathésique quelconque. Mentionnons, toutefois, que l'un des frères du malade a eu un de ses fils réformé pour accès de « haut mal », survenus à la suite d'une peur.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — M... n'a présenté dans son jeune âge ni convulsions, ni fièvre éruptive; fréquentant très peu l'école, il sait à peine lire et écrire; son enfance s'est écoulée à garder les bestiaux ou aux travaux des champs. Mis en apprentissage à quinze ans, chez un menuisier, sa jeunesse a été paisible, sans excès d'aucune sorte; il a été exempt du service militaire pour varicocèle, s'est établi à vingt-trois ans et marié à trente-trois. Il a eu cinq enfants : trois garçons et deux filles, tous en bonne santé, âgés actuellement de vingt-trois, dix-neuf, seize, quatorze et cinq ans et demi. Au point de vue moral, il s'est montré toujours bon, affectueux, mais très impressionnable; la moindre réprimande, même de ses parents, le mettait en pleurs.

Dans les antécédents, on relève une attaque convulsive à vingt ans et une fièvre typhoïde à vingt-deux ans. L'attaque convulsive se serait produite dans les circonstances suivantes : M... avait passé la soirée dans une maison amie, à quelques kilomètres de l'habi-

[1] Qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements à notre excellent confrère et ami, M. le Dr Lafforgue, de Bagnères-de-Bigorre, grâce à l'obligeance duquel nous avons pu observer cet intéressant malade.

tation de sa famille, où il avait beaucoup chanté; — il possédait, dit-il, une très belle voix; — rentrant chez lui vers minuit et demi, par une nuit très froide, il continue à chanter de plus belle, et avec tant de cœur, qu'en vue de son domicile, n'ayant pas terminé sa romance, il s'assied au bord de la route, sur une borne, pour en dire les derniers couplets. Enfin, il franchit le seuil de la porte, monte à sa chambre, se couche. Il était au lit depuis un moment, lorsqu'il se sent mal à l'aise, ressent quelque chose qui le presse au cou, l'étouffe, devient raide et se met à se débattre. Un de ses frères, couché dans la même pièce, accourt, appelle la famille et, difficilement, quatre personnes le peuvent contenir. La crise dura environ un quart d'heure. Malgré le temps écoulé depuis, M... affirme qu'il ne perdit pas connaissance : il voyait tout ce qui se passait autour de lui, entendait tout ce qui se disait, mais il ne pouvait parler. A deux reprises, il put s'écrier seulement : « Laissez-moi ! laissez-moi ! » car, fait-il observer, ses parents en le maintenant et le frictionnant, lui faisaient plus de mal que de bien. Il affirme encore qu'il n'avait pas pris la moindre boisson, que, durant la crise, il n'a pas uriné sous lui ni ne s'est mordu la langue. Après l'attaque, il s'endormit facilement ; le lendemain, au lever, se trouvant tout courbaturé, on fit appeler le médecin qui lui pratiqua une saignée.

Au sujet de sa fièvre typhoïde, M... raconte qu'il fut très gravement malade et très long à se rétablir : il serait resté près de quatre mois ne pouvant marcher sans l'aide de bâtons.

De 1859 à 1886, santé parfaite. A cette dernière date, possédant quelques économies, M... se rend acquéreur d'une petite propriété qu'il ne paie qu'en partie, mais avec l'espoir de se libérer bientôt, escomptant à l'avance les bénéfices que lui donnait sa profession. Malheureusement, le travail se ralentit, et de ce côté, il est complètement déçu. Préoccupé par les engagement qu'il a contractés, son caractère alors se modifie ; il devient triste, taciturne, les digestions se font mal, les nuits sont mauvaises. Ce que voyant, sa femme et ses deux fils aînés prennent le parti de se rendre en Amérique tenter fortune (octobre 1887). Il consent à cette séparation, non sans une vive douleur; mais, une fois accomplie, le découragement s'empare de lui; il est sans le moindre entrain, et les nouvelles peu rassurantes qu'il reçoit ne font qu'aggraver son état; aussi souvent « se trouve-t-il à pleurer ».

C'est dans cette situation d'esprit (mars 1889) qu'il est pris d'un refroidissement (?) qui lui tient la tête et le membre supérieur gauche. Il ne peut incliner la tête de ce côté, se sert très difficilement de son bras. Au bout de deux mois de souffrances, il semble se produire une légère amélioration ; néanmoins, les mouvements du bras sont toujours très gênés; il existe un peu d'endolorissement et la fatigue arrive de suite.

Jusqu'en septembre, alternatives de bien et de mal, quand, à cette date un nouveau malheur le frappe ; une nuit il est réveillé par les cris : « au feu ! », voit sa maison en flammes et réussit à grand'peine à se sauver. Le malheur était d'autant plus considérable que nulle assurance ne couvrait le sinistre. Quelques jours après, M... s'aperçoit qu'il tremble de la main gauche. Dans la suite, le tremblement a envahi le bras, puis la jambe du même côté ; le tronc s'est infléchi en avant ; la tête est devenue immobile, la face a revêtu un aspect tout spécial.



Fig. 51.
Reproduction d'un croquis dû à l'habile crayon de notre confrère M. le Dr Lafforgue.

La thérapeutique suivie a consisté dans l'emploi des préparations bromurées, dans l'application de vésicatoires et de pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Une première fois, on a fait quatre-vingt-douze cautérisations ; une autre fois, soixante-douze. Particularité à noter ; après chaque application des pointes de feu, la gêne des mouvements s'est accusée davantage.

Etat actuel. — Ce qui frappe tout d'abord chez le malade, c'est son facies, son attitude et les mouvements dont le bras gauche est agité.

Les yeux fixes, grands ouverts, les sourcils relevés, le front parcouru de rides, les lèvres pincées, les sillons naso-géniens en partie effacés, on croirait voir un masque où serait peint l'étonnement (fig. 1). A un examen plus attentif, on reconnaît cependant que l'harmonie des traits n'est pas absolue ; l'œil gauche est un peu plus ouvert que le droit ; le pincement des lèvres n'est pas uniforme ; tandis qu'à droite elles sont fortement appliquées l'une contre l'autre, à gauche, elles sont légèrement entr'ouvertes. En outre, soit au repos, soit pendant le parler, on note par moments de légères contractions en rapport avec le muscle grand zygomatique. Mais ces détails ne modifient nullement la physionomie du malade, qui reste impénétrable et que le rire ne parvient pas à dérider.



Fig. 52.
Reproduction d'un croquis fait par M. le Dr Lafforgue.

L'attitude est non moins caractéristique : le haut du tronc infléchi en avant, la tête comme soudée sur les épaules, on dirait un auto-

mate. La tête, néanmoins, peut exécuter encore quelques légers mouvements de latéralité ; très limités à droite, ils sont à peu près nuls à gauche. Dans la position assise (fig. 2), les bras légèrement fléchis, les coudes un peu déjetés en dehors, reposent le plus habituellement sur les cuisses par la face palmaire des mains dont le bord interne est incliné sur le cubitus. Les membres inférieurs fléchis à angle droit, modérément écartés, appuient sur le sol par



Fig. 53.
Instantané. — Le malade en marche.

toute la surface plantaire. Debout, les membres supérieurs occupent la même position que précédemment, mais les mains reposent sur les parties latérales du tronc ou bien sont appliquées l'une sur l'autre contre l'épigastre. Quelle que soit la position occupée, les doigts en extension sont légèrement fléchis, rapprochés les uns des autres, le pouce en opposition, soit sur le bord externe de l'indicateur, soit contre sa face palmaire. Cette disposition des mains de reposer constamment par leur face palmaire, est cause de la diffé-

rence de coloration que l'on observe : tandis que la face dorsale est fortement hâlée — le malade passe sa vie au grand air — la face palmaire est d'un blanc livide. Les membres inférieurs présentent une légère flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse ; par rapport à leur écartement, ils sont dans une situation à peu près normale. Pendant la marche, on ne relève aucune modification ; elle s'accomplit lentement, tout d'une pièce (fig. 3), mais avec une grande régularité, les yeux ouverts ou fermés, et le changement de direction s'effectue sans hésitation ni perte d'équilibre. Elle n'est pas plus précipitée à un moment qu'à un autre : si on tire le malade par derrière ou sur les côtés, il n'y a pas de rétropulsion ou de latéropulsion : d'ailleurs M... descend et gravit les marches de l'escalier avec la plus grande facilité, sans le secours de la rampe.

Le tremblement occupe principalement le membre supérieur gauche, où il est surtout prononcé à la main; pour les autres membres, on ne l'observe que lorsque le malade est fatigué ou émotionné. Même dans ces conditions il reste beaucoup plus marqué à gauche (fig. 4, 5, 6), car c'est à peine s'il est dessiné pour la

Fig. 54.

Fac-similé de l'écriture tracée de la main droite. — Le tremblement en est peu marqué, c'est plutôt de l'hésitation dans la formation des lettres.

Fig. 55. *Fig.* 56.

Fac-similé de l'écriture tracée de la main gauche. — Le tremblement est ici très net. La figure 5, répond à l'état du malade, lors de son arrivée à Bigorre, la figure 6 au moment du départ. — De la main gauche, le malade écrit de droite à gauche.

main droite et fait défaut dans le membre inférieur du même côté. Etudié à la main, il consiste en des mouvements alternatifs de flexion et d'extension combinés avec de légers mouvements de latéralité. Les premiers portent sur les doigts qui semblent « filer la laine »; les seconds occupent la main dans son ensemble. Ce sont des oscillations peu étendues, parfaitement rythmées dont le nombre varie de 5 à 8 par seconde. Augmentant d'amplitude avec l'émotion, ils persistent le plus souvent au repos. Dans l'accomplissement des actes intentionnels, ils diminuent sensiblement d'étendue et paraissent cesser complètement si, par exemple, le malade

tient sa main fortement appliquée contre le genou. La langue prend part aussi au tremblement ; retirée hors de la bouche, comme à l'intérieur de la cavité buccale, elle est agitée d'oscillations.

En outre de ces phénomènes qui attirent l'attention, M... signale les particularités suivantes : depuis quelque temps, ses jointures ne jouent plus comme par le passé ; actuellement, il lui est impossible de porter la main gauche sur la tète ; il éprouve une grande difficulté pour se vêtir ; assis, il a de la peine à se mettre dans la station debout. Néanmoins, les différentes articulations ne présentent pas signe d'une lésion quelconque ; seulement si on cherche à les mouvoir, on constate une certaine résistance.

Comme troubles subjectifs il y a lieu de relever une sensation de froid très caractérisée, car le malade, malgré la température élevée est chaudement vêtu ; elle est limitée exclusivement au côté droit ; de ce même côté, il accuse de l'endolorissement qui est très prononcé à la partie postéro-latérale du cou et au membre supérieur. Il se plaint encore d'une fatigue générale, de bruits dans la tête qu'il compare au « cri-cri » non interrompu du grillon[1], de tiraillements dans tout le corps, mais plus particulièrement au niveau des paupières et de l'orifice buccal. On croirait, dit-il que quelqu'un me tire les paupières par-dessus la tête et me tient le poing appliqué sous le menton. Les paupières, en effet, se ferment à de longs intervalles : il s'écoule plus d'une minute entre deux occlusions consécutives ; si on veut maintenir leurs bords appliqués l'un contre l'autre, on éprouve la sensation d'une résistance à vaincre ; de même, si le malade, par un effort de volonté, les tient quelques secondes abaissées, on voit leurs bords libres animés de mouvements convulsifs. Pour l'orifice buccal, le resserrement est tel qu'il imprime à la parole un cachet spécial : les mots sont prononcés entre les dents et sur un timbre pleurard qui rappelle les patenôtres de certains mendiants. En raison de cette gêne, il s'écoule toujours un temps appréciable entre la demande la plus naturelle et la réponse la plus simple ; en second lieu, tandis que les premiers mots sont émis lentement, les suivants le sont avec volubilité, au point que l'oreille les saisit difficilement. Mais il convient

[1] Le terme *cri-cri* employé par le malade pour qualifier le bruit qu'il ressent dans la tête, mérite d'être retenu, car il dépeint, sous une forme très juste et très pittoresque, le phénomène auquel il est lié. Les recherches microphoniques de MM. Boudet de Paris, Brissaud et Regnard ont établi que le muscle qui se contracte normalement donne lieu à un bruit de roulement régulier (bruit rotatoire), tandis que le muscle contracturé produit un bruit irrégulier, scandé. Or, chez M..., le sterno-mastoïdien et le trapèze se trouvant contracturés, il est tout naturel que le bruit scandé, irrégulier, fût transmis et perçu par les organes centraux de l'audition, étant donné les insertions supérieures de ces muscles à l'apophyse mastoïde et à la ligne occipitale supérieure.

de faire observer que le débit précipité est volontaire et motivé pour obvier à la fatigue qu'entraîne l'écartement des lèvres; car, si on dit au malade de parler lentement et d'articuler nettement, il le peut très bien. Enfin, le sommeil est long à venir et de courte durée. Cependant M... voit arriver la nuit avec plaisir; dès que ses yeux sont soustraits à l'action de la lumière, il ressent un bien-être indéfinissable. Du reste, tous les phénomènes sont quelque peu amendés par le repos. Ainsi, le matin, dans les premières heures qui suivent le lever, le tremblement est moins accusé, la parole plus facile, les mouvements plus libres.

Examen du malade. — Homme de taille moyenne, mise soigneuse, presque coquette, d'une propreté irréprochable, ce qui frappe chez un campagnard. — Mémoire conservée, idées lucides, compréhension facile. — Absence de tissu adipeux, musculature normalement développée. Force musculaire sensiblement diminuée; à droite, l'aiguille du dynamomètre marque 33 ; à gauche, 35. La mensuration fournit les résultats suivants :

Bras gauche (partie moyenne du biceps).	22	centimètres.
Bras droit (— —).	23	—
Avant-bras gauche (au-dessous du pli du coude).	22	—
Avant-bras droit (— —).	23	—

Au repos, les muscles donnent au toucher une sensation de rigidité très marquée au membre supérieur gauche, à la nuque et à la région antérieure du cou. Aux membres inférieurs, la rigidité est moins prononcée, mais toujours plus manifeste à gauche. Si on cherche à imprimer des mouvements aux différents segments articulaires, on éprouve une réelle résistance dans l'élévation du bras gauche et dans l'exécution des mouvements de l'épaule et du cou. Les courants galvanique, faradique provoquent des contractions exagérées, cela, quelle que soit la méthode employée, polaire, bipolaire, ou que l'excitation porte sur le nerf ou sur le muscle; ainsi, un courant de 5 milliampères détermine une forte secousse musculaire. Les réflexes tendineux sont manifestement accrus; les tendons rotuliens, des fléchisseurs des doigts réagissent fortement au marteau, de même le muscle masseter donne lieu au choc de la mâchoire. Il existe de la trépidation épileptoïde; le redressement brusque du pied, une des mains appliquée sous le mollet, provoque des trémulations musculaires qui se renouvellent un certain nombre de secondes; elles sont de plus longue durée et plus accentuées si la manœuvre porte sur le côté gauche.

La sensibilité est intacte dans ses divers modes; les notions de contact, de douleur, de chaud, de froid sont très nettes; le sens musculaire est conservé. Les réflexes conjonctival, cornéen sont très marquées; par contre, le réflexe pharyngien fait défaut. La pupille réagit à l'action de la lumière; l'acuité visuelle paraît normale,

mais il y a de la dyschromatopsie pour le violet, le vert, et le champ visuel est rétréci dans les différents méridiens. Le goût est conservé, l'odorat est obnubilé des deux côtés : les odeurs comme le benjoin, l'eau de Cologne, ne sont pas perçues ; l'éther impressionne quelque peu la membrane pituitaire, mais n'est pas reconnu; l'ammoniaque ne produit pas de sensation désagréable. Le chatouillement de la muqueuse nasale provoque l'éternuement. L'ouïe présente les particularités suivantes : à droite, le tic tac de la montre est perçu à la distance de 8 à 10 centimètres; à gauche, c'est à peine s'il est entendu à 2 centimètres. Le diapason en vibration, appliqué sur l'apophyse mastoïde, impressionne l'oreille, et, alors que les vibrations ne sont plus perçues, elles sont entendues à nouveau si l'instrument est mis en regard du pavillon.

Le cœur, les poumons fonctionnent régulièrement; pouls, 80. Température prise sous la langue, 37°3. Placé sur les diverses régions du corps le thermomètre accuse des différences très minimes, mais qui dénotent une légère diminution de température du côté droit, bien que la coloration du tégument soit la même des deux côtés.

L'examen des urines n'a révélé ni sucre, ni albumine; leur analyse[1] a donné pour 1,000 centimètres cubes :

Résidu fixe	46,60
Phosphates terreux	0,45
Phosphates alcalins	1,18

Durant les quelques semaines que nous avons eu le malade sous les yeux (juillet 1892), les phénomènes que nous venons de passer en revue n'ont pas offert de grandes modifications. Il convient cependant de noter que, sous l'influence sédative des eaux, la rigidité musculaire, le tremblement s'étaient quelque peu amendés. Ainsi, à son départ de Bagnères-de-Bigorre, M... avait les mouvements plus libres, il pouvait se vêtir plus facilement, son visage n'exprimait plus au même degré l'expression d'étonnement, le rire était possible, la parole plus facile. Le tremblement de la main gauche était également moins accusé; par moments il paraissait faire défaut. Les réflexes tendineux étaient moins exagérés et la trépidation épileptoïde, quoique toujours présente, était moins manifeste.

Cette observation est suffisamment détaillée pour que le diagnostic de paralysie agitante ne puisse prêter à discussion. En ce qui concerne les symptômes essentiels, ils figurent au grand complet, ce sont : la rigidité musculaire, le tremblement, le facies, l'habitus. Pour ceux d'ordre subjectif, on note : la sensation de tiraillement, le besoin de changer de place, une

[1] Cette analyse, que nous devons à l'obligeance de M. Soye, pharmacien à Bigorre, se rapporte à des urines recueillies pendant le jour. Bien que l'urée n'ait pas été dosée, nous avons cru devoir la reproduire.

fatigue de tous les instants; les seuls absents sont la sensation de chaleur qui n'a jamais existé et se trouve remplacée par une sensation de froid, et les phénomènes de propulsion, de rétropulsion. Par rapport à l'âge, aux causes, l'affection s'est déclarée à cinquante-trois ans, à la suite de chagrins, d'une émotion vive; son début a été marqué par des douleurs considérées rhumatismales, mais qui, selon toute vraisemblance, doivent être rapportées à la contracture déjà en voie de développement; chez le malade, en effet, la rigidité a précédé le tremblement. Donc, au point de vue des symptômes réputés propres à la paralysie agitante, le cas est des plus classiques, l'on est en présence de la forme vulgaire de la maladie où sont représentées, à des degrés divers, les deux variétés trépidante et convulsive, avec envahissement progressif.

Mais, à côté de ces symptômes d'observation courante, il en est d'insolites sur lesquels doit porter maintenant notre examen. D'une part, nous relevons des phénomènes de réflectibilité accrue que trahissent l'exagération du réflexe rotulien, du réflexe massétérin [1] et la trépidation épileptoïde; d'autre part, ce sont des stigmates hystériques bien définis : le rétrécissement concentrique du champ visuel [2], la dyschromatopsie,

[1] Le réflexe massétérin aurait été seulement constaté jusqu'ici dans la sclérose latérale amyotrophique, dans un cas de lésion organique bulbo-protubérantielle et dans le spasme hystérique. (De Wateville, in *Archives de Neurologie*, vol. XX, p. 72.)

[2] Le rétrécissement du champ visuel est un stigmate d'une très grande

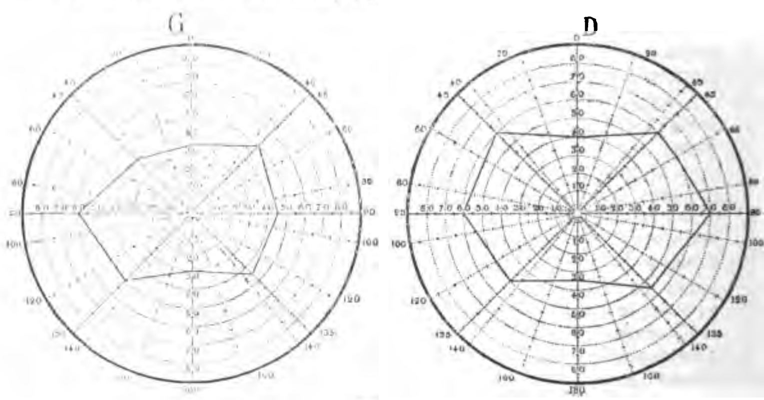


Fig. 57.

Rétrécissement. Champ visuel de Joseph G...

l'obnubilation de l'odorat, de l'ouïe. Les premiers accompagnent la lésion du faisceau pyramidal ou manifestent l'altération dynamique des éléments ganglionnaires de l'axe cérébro-spinal, tandis que les seconds appartiennent uniquement à ce dernier ordre de causes. L'hypothèse d'une lésion des cordons latéraux doit être écartée d'emblée, car on n'a constaté ni ictus apoplectique, ni paralysie motrice ; aussi, pouvons-nous considérer les uns et les autres comme l'expression d'une altération purement fonctionnelle, et les rattacher bien plus naturellement à l'hystérie dans laquelle l'hyperexcitabilité spinale joue un rôle si considérable. Du reste, l'hystérie est ici confirmée par les antécédents du malade, car on ne saurait rapporter à aucune autre affection la crise convulsive qu'il a

valeur dans le diagnostic de l'hystérie. Nous aurions voulu reproduire celui de M..., mais, à l'époque où a porté notre examen, il ne nous était pas possible de recourir à un spécialiste; aussi, le rétrécissement a été constaté par les moyens usités en clinique. Toutefois, dans le moment, grâce à l'obligeance de notre confrère et ami, M. le Dr Olivier, nous observons un autre cas de paralysie agitante où l'examen campimétrique pratiqué par M. le Dr Rolland, médecin-oculiste, très compétent en ces matières, a révélé les modifications suivantes : O. D. V. = 2/3 ; O. G. V. = 1/2, rétrécissement concentrique surtout prononcé à gauche (fig. VII), dyschromatopsie pour le violet, le vert ; le rouge est reconnu avant le bleu. Voici, du reste, résumée en quelques mots, l'observation de ce malade :

Joseph G...., soixante-quatre ans, ouvrier cordonnier. Depuis un an et demi, se plaint d'une grande fatigue et d'une gêne très marquée dans les mouvements ; il y a quelques mois, s'est aperçu que la main droite tremblait lorsqu'il était émotionné. Pas d'antécédents héréditaires, n'a jamais fait de maladie, ni présenté d'accidents de nature convulsive, a habité longtemps un rez-de-chaussée humide. Comme cause dépressive, accuse la misère dans laquelle il se trouve depuis quatre à cinq ans, par suite du manque de travail.

Examen du malade. — Tête quelque peu soudée aux épaules ; facies Parkinsonnien et attitude en flexion encore peu marqués ; parole, mouvements lents ; pas de propulsion ou de rétropulsion, mais, en marche, G.... se sent comme entraîné en avant. Assis, les membres supérieurs reposent sur les cuisses, les mains en pronation. Le tremblement est limité au côté droit ; manifeste pour le pied, il est très peu accusé à la main et ne se produit que si le malade est émotionné. En plus des troubles de la fonction visuelle, on note : réflexe pharyngien aboli ; diminution de l'acuité auditive et du sens de l'olfaction, surtout prononcée à gauche ; le goût est obnubilé ; réflexes rotuliens et des fléchisseurs de la main exagérés. En somme, cas vulgaire de paralysie agitante en voie de développement, dont tout l'intérêt réside dans l'âge auquel l'affection a débuté, dans la manifestation du tremblement tout d'abord au pied droit, bien que le malade ne s'en soit pas aperçu, dans la présence de troubles sensoriels et dans l'exagération des réflexes tendineux.

présentée dans sa jeunesse; les circonstances qui l'ont précédée, les particularités qu'elle a offertes plaident en ce sens. Par suite, on est amené à se demander si, dans ce complexus symptomatique, il y a simplement superposition de deux névroses, ou bien si l'hystérie et la paralysie agitante ne sont en réalité qu'une seule et même maladie.

La coexistence de deux névroses n'est pas chose exceptionnelle, aussi, une conception de cette nature ne sortirait pas des idées reçues en pathologie nerveuse. Toutefois, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les symptômes ressortissant à l'hystérie et à la paralysie agitante, si l'on en excepte la rigidité musculaire, sont loin d'offrir entre eux des caractères bien tranchés; que les deux névroses se réclament des mêmes causes, débutent assez souvent brusquement; que, dans notre cas, l'hystérie a précédé l'explosion des symptômes parkinsonniens; de plus, que quelques-uns de ses stigmates habituels ont coexisté avec les signes essentiels de la paralysie agitante. Or, toutes ces particularités ne signifient-elles pas que les deux névroses sont très voisines l'une de l'autre, sinon des manifestations d'une même névrose primordiale dont les modalités sont régies par l'âge des malades? En l'état de nos connaissances, il serait téméraire de conclure; ce n'est pas d'ailleurs sur un cas isolé qu'il est permis d'asseoir une opinion; rappelons simplement que l'étude de l'hystérie sénile est à peine ébauchée, mais qu'elle se complétera sans doute dans un avenir prochain par l'analyse de nouveaux cas.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Sur l'action sédative et hypnotique de la duboisine dans les maladies mentales; par le Dr Belmondo. (*Riv. p. di fren.*, t. XVIII, fasc. 1, 1892.)

Le sulfate de duboisine, administré par la voie hypodermique, est un excellent sédatif, recommandable surtout chez les femmes, dans tous les états d'excitation psychique ou motrice accompagnant diverses formes de maladies mentales. Comme telle, on doit la pré-

férer de beaucoup à l'hyosciamine et à l'hyoscine dont elle n'a pas les inconvénients lorsqu'on l'emploie à doses peu élevées. De plus, c'est un excellent hypnotique, supérieur dans beaucoup de cas au chloral et à ses succédanés sur lequel il a l'avantage de ne rester presque jamais sans effet. Dans beaucoup de cas, la duboisine semble calmer immédiatement le désordre des idées et des actes comme dans la manie aiguë. Dans les formes de manie chronique, dans les états d'agitation, aux arrêts de développement ou à la démence secondaire, elle a le grand avantage de pouvoir être administrée assez longtemps sans accoutumance et aussi sans danger. La dose suffisante pour obtenir le maximum d'action est pour l'auteur au-dessous de celle qui a été indiquée par les observateurs des pays du Nord. La dose maxima pour les premières injections est de 1 milligramme que l'on élève progressivement à mesure que le malade s'y habitue, jusqu'à 15 ou 16 décimilligrammes, dose qu'il est périlleux de dépasser; sinon l'on provoque des accidents du côté de l'estomac et sans avoir d'un autre côté des résultats plus favorables au point de vue de la sédation ou du sommeil. Dans la majeure partie des cas, la dose minima de 5 à 6 décimilligrammes surtout les premières fois, suffit pour provoquer un effet sédatif suffisant. J. SÉGLAS.

II. DE LA TRÉPANATION DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par le Dr WAGNER.

Il existe, dans la paralysie générale une quantité anormale de liquide dans l'espace sous-arachnoïdien et cela dès les premières phases de la maladie. Il est permis de se demander si le processus morbide et les troubles fonctionnels ne sont pas aggravés par la pression du liquide sur les circonvolutions sous-jacentes.

Allant plus loin, le Dr Schaw admet que l'enlèvement d'une partie du liquide ne doit être suivi que d'une expansion de la matière cérébrale telle que l'afflux sanguin se faisant librement, la nutrition puisse être modifiée, améliorée, de telle sorte que les progrès de cette terrible maladie soient arrêtés en tout ou en partie.

Dans les trois cas de trépanation, dont un personnel, relatés par l'auteur, l'opération indiquée dans ces cas par des troubles de la motilité des membres, a été suivie d'une amélioration sensible presque immédiate. Chez un des malades, dément, gâteux, paralytique général à la troisième période, il y eut pendant deux mois une amélioration très marquée de l'état mental en même temps que les troubles de la motilité avaient disparu.

Un autre des malades sortit de l'asile quelques mois après l'opération avec la mention guéri : les troubles de la parole, de la mémoire et des céphalalgies violentes avaient complètement disparu.

De ces trois cas heureux, l'auteur conclut à l'opportunité de la trépanation dans la paralysie générale, et pense qu'au moyen de cette méthode de traitement, si elle est employée de bonne heure, on pourra dans quelques cas arrêter les progrès de la maladie et donner aux malades des mois et peut-être des années d'une vie utile. (*American journal of insanity*, 1890-91.) E. B.

III. TRAITEMENT DE L'HÉMATOME DE L'OREILLE; par le Dr SMITH WILLIAMS.

L'opinion la plus courante sur le mode de production de l'hématome de l'oreille est que cet épanchement de sang est consécutif à un traumatisme, quelquefois fort léger, mais ce traumatisme n'a déterminé l'épanchement sanguin que grâce à une modification des tissus de l'oreille.

Abandonné à lui-même, l'hématome guérit la plupart du temps, soit que la peau distendue ait subi un nouveau traumatisme qui détermine l'évacuation du contenu de la tumeur, soit que l'épanchement se résorbe de lui-même; mais, dans tous les cas, il persiste une déformation considérable de l'oreille grâce à la formation d'un tissu cicatriciel fibreux ou cartilagineux.

Les différents traitements appliqués à l'hématome de l'oreille, lorsque ce dernier est arrivé à tout son développement (vésicatoires, ouverture), n'ont pas donné de résultat satisfaisant; aussi, beaucoup de médecins sont arrivés à cette conclusion à laquelle se rattache pleinement l'auteur, que la non-intervention est la meilleure conduite à tenir en face d'un hématome de l'oreille arrivé à son développement. Mais un traitement appliqué au début, en empêchant l'hématome de se développer, empêche aussi la formation de la cicatrice vicieuse. Le traitement préconisé par l'auteur est donc une sorte de traitement abortif : si l'épanchement se produit, c'est grâce à une pression s'exerçant de dedans en dehors (pression sanguine) ; le traitement rationnel de l'auteur consiste à combattre cette pression par une autre pression contraire s'exerçant de dehors en dedans et pour arriver à ce but, il suffit d'étendre sur toute la surface interne de l'oreille plusieurs couches de collodion élastique. Après dix ou quinze jours d'une telle compression, non seulement l'hématome a disparu, mais encore il ne se reproduit pas.

L'auteur, avec cette méthode bien appliquée, n'aurait pas encore rencontré d'insuccès. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

IV. LA CONTRAINTE CORPORELLE DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE ; par le Dr W. WORCESTER.

Les aliénistes, les neurologistes et en général les praticiens, ne s'entendent pas sur le traitement de la folie. Dans un article du

Médico-légal journal, Charles Bell relève ce fait que d'une part un grand nombre de directeurs d'asiles condamnent absolument l'emploi des moyens de coercition, et d'autre part quelques aliénistes croient ces moyens non seulement recommandables, mais nécessaires. L'auteur de cet article, le Dr Worcester, nous fait connaître les conclusions auxquelles l'a amené une pratique de quatorze années :

1° Les maisons d'aliénés peuvent obtenir de grands succès médicaux sans employer aucune contrainte corporelle; 2° dans la grande majorité des cas où cette contrainte était regardée unanimement comme nécessaire, l'expérience a montré qu'elle pouvait être remplacée par bien d'autres moyens : l'occupation, la distraction, l'éloignement des causes d'excitation associés à la patience et à la prudence des gardiens, peuvent donner de meilleurs résultats contre la violence des malades que les courroies et les camisoles de force; 3° dans un petit nombre de cas cependant, les mesures de douceur sont infructueuses, tel est l'épileptique atteint de fureur et dans ces cas, il faut employer la contrainte corporelle, la réclusion et les sédatifs.

En 1882, les premiers effets dans cette voie étaient tentés, les actes de violence, loin de devenir plus fréquents, sont devenus plus rares et on a vu des malades, rangés parmi les plus violents, devenir de bons travailleurs. Pourtant, dans quelques cas, cette règle de conduite n'a amené aucun résultat et l'auteur nous fait passer en revue les cas où il a échoué.

Actes de violence et de destruction. — Une femme âgée ayant des instincts de destruction est restée absolument indifférente à tous moyens de coercition. Mais d'autres malades ont été calmés. C'est ainsi qu'une jeune femme ayant des instincts homicides fut ramenée à la douceur par l'emploi d'un manchon, qu'un épileptique menacé d'une pareille mesure céda à cette discipline, et qu'une malade refusant de s'habiller ne recommença plus jamais, après quelques jours de camisole.

Habitudes malpropres. — Tous les aliénistes ont eu des malades ayant le passion de barbouiller leurs personnes ou leurs chambres avec leurs excréments. L'auteur cite le cas d'un homme auquel nul moyen n'avait réussi et qui se corrigea après sa mise en cellule. Une femme atteinte de manie chronique changea ses habitudes de malpropreté après une semaine de camisole. Nulle autre méthode que la force n'aurait amené un pareil résultat.

La coercition dans la sécurité des malades. — Dans l'article de M. Bell, que nous citons plus haut, se trouve une lettre du Dr Tourtellot, disant que « les plus grands abus existant dans les asiles, sont les mauvais traitements infligés aux malades par leurs gardiens pour assurer leur tranquillité ». Il y a là, assurément, une part de vérité.

Mais quand la patience a été inutile et que les gardiens sont soumis chaque jour à des brutalités, les punitions corporelles, tout en étant un mal défendu, sont un mal nécessaire. Beaucoup d'agités n'ont pu être calmés ni par la patience, ni par le changement de leurs gardiens, et ont dû être l'objet de mesures coercitives.

Avantages comparés de l'emploi ou du non-emploi des moyens de contrainte. — Il y a des cas, rares cependant, où la folie ne peut être réprimée que par la coercition, c'est-à-dire la contrainte physique, la réclusion et l'administration de sédatifs. Tous ces moyens ont leur valeur propre et présentent comparativement les uns aux autres des avantages et des inconvénients. La réclusion a l'avantage d'éloigner le malade des causes extérieures d'agitation, mais elle a le grand inconvénient de le laisser tout entier à ses idées morbides. Les malades qui sont continuellement renfermés sont portés à la méchanceté et à la violence. L'emploi des narcotiques est peu recommandable pour l'auteur, car il n'a pu obtenir de succès sans constater, en même temps, des phénomènes d'intoxication. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

V. Le bichlorure d'or dans le traitement de l'ivrognerie, par le Dr Bannister.

Un praticien, jusqu'ici inconnu, acquiert, en ce moment, une grande renommée dans l'Illinois en se donnant comme l'inventeur d'un remède infaillible contre l'ivrognerie. Le remède, tenu secret, doit contenir du chlorure d'or et de soude, du nitrate de strychnine et quelques médicaments mydriatiques, comme l'atropine ou l'hyoscine. Le nombre des malades traités est considérable, et l'effet du remède sur le système nerveux consiste en une diminution de la vision, la perte de la mémoire et une abolition temporaire du pouvoir sexuel.

L'auteur ne doute pas qu'il y ait de réels succès, mais il les attribue en grande partie à la suggestion. Les malades s'influencent, en effet, les uns les autres, et le plus grand nombre viennent se faire traiter avec l'espérance de perdre leurs mauvaises habitudes. Ils éprouvent une excitation mentale très marquée, comparable à celle que produit l'intoxication par le bichlorure d'or. L'inventeur prétend qu'il guérit 95 p. 100 des ivrognes, mais, comme la période de traitement dure quatre semaines et que les malades viennent de différents pays et y retournent ensuite, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de les suivre et de constater la guérison radicale.

Pour s'enquérir de l'efficacité du remède, il faudrait comparer les résultats obtenus par le bichlorure d'or avec ceux obtenus par tous les cliniciens, car le monde est plein d'ivrognes qui ont perdu leurs mauvais défauts par la seule force de leur volonté. Le bon

résultat qu'obtient l'inventeur est dû au secret dont il entoure sa méthode.

Le traitement a un fort mauvais côté, pour l'auteur, celui de diminuer dans l'esprit public la valeur de l'influence morale, en faisant croire que l'ivrognerie peut céder à la thérapeutique.

La force de volonté est, cependant, le plus important facteur du traitement, et c'est là le seul remède de l'intempérance. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

VI. Observation d'un cas d'épilepsie avec ligature de l'artère vertébrale; par Telford-Smith. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1890.)

On se souvient qu'il y a quelques années, la ligature de l'artère vertébrale fut préconisée dans le traitement de l'épilepsie et parut d'abord donner quelques résultats heureux; mais on ne tarda pas à s'apercevoir que les améliorations ainsi obtenues étaient de courte durée, et que le bénéfice acquis n'était pas proportionnel à la gravité de l'opération. Le cas dont il s'agit ici est un de ceux où cette amélioration a été particulièrement longue, car les attaques sont restées sans se produire pendant près de quatre ans : ces quatre années avaient été utilement employées au relèvement intellectuel du malade; malheureusement la réapparition des attaques a renversé l'édifice mental et intellectuel si laborieusement restauré. R. M.-C.

VII. Usage et abus de l'hyoscine, par Lionel Weatherly. (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1891.)

L'auteur conclut de ses expériences que l'hyoscine est un médicament dangereux, dont le maniement, soit par la voie stomacale, soit par la voie hypodermique, demande une prudence attentive, mais qui peut, dans certains cas d'aliénation mentale ou d'affections nerveuses, rendre des services signalés. Il faut surtout redoubler de prudence chez les cardiaques. Mais dans l'agitation nerveuse, dans l'excitation surtout motrice, dans l'insomnie, dans la période d'exaltation de la folie circulaire, dans la paralysie générale, l'hyoscine rend, lorsqu'elle est bien maniée, d'incomparables services, ainsi que dans le delirium tremens et dans les cas de sclérose disséminée avec tremblement très accusé. Dans les cas d'hystérie avec hallucinations, elle a paru plutôt nuisible; dans la dépression mentale, elle est sans effet. On la trouvera utile, au contraire, dans le tremblement de la paralysie agitante et dans l'alcoolisme chronique.

L'abus du médicament commencerait dans le cas où l'on emploierait sans précautions suffisantes un médicament aussi dangereux, et surtout dans le cas où on l'emploierait hors de propos, car il faut bien savoir que, dans certains cas, le danger est réel. R. M.-C.

VIII, QUELQUES REMARQUES SUR L'EMPLOI DU SULFONAL COMME AGENT SÉDATIF ET HYPNOTIQUE; par J. CARLYLE-JOHNSTONE. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° *A doses convenablement réglées*, le sulfonal est un hypnotique efficace, et par comparaison avec les autres narcotiques, son action est assez certaine et assez constante; le sommeil qu'il provoque est naturel, calme et non accompagné de rêves. Le médicament n'exerce aucune influence fâcheuse sur la circulation, la respiration, l'appétit, la digestion, la température, la santé générale. Au bout d'un certain temps, on peut en cesser ou en restreindre l'usage, et le malade continue à bien dormir.

2° Il exerce une influence sédative très nette dans le cas d'agitation ou d'angoisse mentale, particulièrement dans les cas récents et aigus.

3° Ses principaux inconvénients sont : la lenteur de ses effets, — la tendance qu'ont ces effets à se prolonger jusqu'au jour suivant et à s'accompagner de somnolence, de confusion des idées, d'étourdissements et de fatigue; — enfin les symptômes cérébraux ou moteurs plus ou moins sérieux qui peuvent se manifester consécutivement à l'emploi de doses réitérées. R. M.-C.

IX. NOTES DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE DANS LES MALADIES MENTALES; par ANGRISANI. (*Il Manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

Recherches sur la noix de Kola, le borate de soude, le bromoforme, l'azotate de soude. Signalons en particulier ces deux derniers médicaments. Le bromoforme a donné des résultats favorables et rapides dans les cas d'excitation maniaque. Le médicament n'a jamais dû être donné plus de quinze jours de suite, quitte à le reprendre en cas de retour de l'agitation. Voici la formule employée :

Bromoforme	XI à XL gouttes
Essence de cannelle.	III gouttes
Glycérine.	50 gr.

Mêlez. A prendre dans la journée par cuillerées à café, d'heure en heure. Agiter le flacon avant de s'en servir. On commence par XV gouttes de bromoforme par jour; tous les deux jours, on augmente de V gouttes, jusqu'à la dose journalière de XXX et même XL gouttes.

L'azotate de soude a donné de bons résultats dans les cas d'excitation maniaque chez des congestifs. La dose journalière était de 3 à 5 grammes dissous dans une grande quantité d'eau. Sous

l'influence de ce médicament, la circulation, la diurèse sont activées et, par suite, l'élimination des produits toxiques; l'état général de la nutrition s'améliore notablement. J. Séglas.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

LXI. — Un cas de folie du doute avec délire du toucher ; par Massaut. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1892.)

La malade qui fait l'objet de cette observation était atteinte de folie du doute; elle se demandait cent fois par jour si elle avait bien fait son ouvrage et le recommençait fréquemment. Elle était en outre obsédée nuit et jour par la crainte de se salir. L'auteur insiste surtout sur ce fait que cette femme ne présentait aucun signe de dégénérescence, aucun antécédent héréditaire. Il croit pouvoir rattacher son état pathologique à un affaiblissement général résultant de pertes sanguines considérables et d'un allaitement prolongé. G. Deny.

LXII. — Hystérie a deux. Vols a l'étalage; par le Dr L. de Rode. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belg.*, 1892.)

Observation médico-légale tendant à prouver que l'inculpée n'a pas été poussée à commettre ses vols par des obsessions ou des inspirations irrésistibles, mais qu'elle est atteinte d'une maladie nerveuse, l'hysthérie, qui a pu contribuer à développer ses instincts vicieux et à altérer dans une certaine mesure le libre exercice de sa volonté. Acquittement. G. D.

LXIII — Névroses convulsives et affaiblissement intellectuel; par le Dr X. Francotte. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1892.)

L'attention étant la condition du développement de l'intelligence, on peut admettre que les états convulsifs, en entravant l'attention, favorisent la déchéance intellectuelle. A l'appui de cette théorie, M. Francotte rapporte les observations de trois malades atteints de chorée chronique, chez lesquels l'affaiblissement des facultés intellectuelles s'est terminé assez rapidement par un véritable état de démence. G. D.

LXIV. Boulimie hystérique par accès s'accompagnant de troubles de la régularité thermique; par Stefani. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

L'auteur conclut de différentes observations faites sur son malade, qu'il existe chez lui un trouble profond des fonctions régulatrices du calorique; que tandis que le malade réagit bien contre les causes qui tendent à élever sa température, il réagit au contraire insuffisamment contre les causes qui tendent à la diminuer; que la diminution de la température observée à la suite du jeûne ou d'un bain froid ne tient pas le moins du monde à un affaiblissement général de l'organisme. Un fait qui le prouve est que la température se relève rapidement en augmentant la production, ou en s'opposant à la dispersion du calorique, tandis que au contraire les excitants simples (alcool) restent sans action. D'ailleurs la question de savoir s'il s'agit d'un trouble dans la production ou la dispersion du calorique ne pourrait être résolue d'une façon absolue que par l'examen des échanges respiratoires, que l'auteur n'a pas été à même de pouvoir pratiquer. J. Seglas.

LXV. Un cas d'amnésie rétrograde; par le Dr R. Baroncini. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Observation d'un malade, ayant des antécédénts personnels épileptiques, et qui fut pris subitement d'un accès maniaque furieux, avec troubles psycho-sensoriels, d'une durée très courte, ayant disparu brusquement pour faire place à un état d'automatisme mental, avec amnésie complète de l'accès et amnésie rétrograde comprenant une période de trois mois et demi avant le jour où éclata l'accès d'aliénation. J. Séglas.

LXVI. Sur l'origine infectieuse de l'othématome des aliénés; par le Dr Pellizzi. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

Les faits cliniques et anatomiques, les observations bactériologiques et expérimentales conduisent l'auteur à admettre pour l'othématome des aliénés une origine infectieuse. Dans cinq cas qu'il a pu étudier, il était déterminé par un microcoque en chaînette, constitué par 4 à 10 éléments, très semblables au streptocoque de l'érysipèle et au streptocoque pyogène. Il n'y a aucune importance à rechercher dans quelles formes mentales se développe de préférence l'otématome et cela n'a aucune valeur certaine pour le pronostic de l'affection. L'ouverture de la cavité de l'othématome et les lavages antiseptiques abondants constituent un mode de traitement rationnel et nécessaire. L'ouverture doit être pratiquée au début de l'othématome; les lavages doivent être

répétés, abondants et doivent être poussés avec assez de force contre les parois de la cavité. Il est nécessaire, lorsque l'on constate un cas d'othématome dans une section de malades, d'user des plus grandes précautions antiseptiques, surtout quand l'othématome s'ouvre à l'extérieur et se vide de son contenu, afin de ne pas transporter à d'autres malades le germe de la maladie.

J. SÉGLAS.

LXVII. BIOGRAPHIE D'UN CRIMIMEL SIMULATEUR; par James MURRAY. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

L'histoire de ce prisonnier est d'autant plus intéressante qu'il a passé successivement par plusieurs prisons, où il a été examiné par des médecins différents. R. M.-C.

LXVIII. UN CAS DE TUMEUR CÉRÉBRALE (FIBRO-KYSTIQUE); par James RORIE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Observation détaillée, suivie d'autopsie. R. M.-C.

LXIX. UN CAS DE FOLIE HOMICIDE ET SUICIDE; par Frank ASHBY ELKINS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Observation détaillée, poursuivie pendant plusieurs années, et accompagnée d'un portrait du malade. R. M.-C.

LXX. LES VICES DE FONCTIONNEMENT DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS DE 1890 EN ANGLETERRE; par PERCY SMITH. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Travail impossible à analyser, puisqu'il serait indispensable de le faire précéder d'un exposé de la loi dont il s'agit. R. M.-C.

LXXI. LA MÉLANCOLIE ÉTUDIÉE AU POINT DE VUE DE SA PHYSIOLOGIE ET DE SON ÉVOLUTION; par George M. ROBERTSON. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1890.)

Après avoir étudié physiologiquement la mélancolie active, la mélancolie passive et la mélancolie avec stupeur, l'auteur reprend l'étude de cette maladie à un autre point de vue, celui de l'évolution, pour remonter à l'origine primitive des symptômes : cette deuxième partie de son travail surtout renferme des vues très ingénieuses. R. M.-C.

LXXII. INSOLATION ET FOLIE; par Théo. B. HYSLOP. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1890.)

L'auteur pense que l'on s'est jusqu'ici trop peu préoccupé de l'influence de l'insolation (sous la double forme de coup de soleil

et de coup de chaleur) dans l'étiologie des affections mentales, surtout dans les pays chauds. Mais son mémoire est plutôt une intéressante revue du sujet qu'un exposé de ses vues personnelles.

R. M.-C.

LXXIII. Quelques cas anormaux de paralysie générale; par Bonville Bradley Fox. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1891.)

Il s'agit de quatre cas de paralysie générale remarquables à divers titres; le premier est intéressant par une rémission très accusée, le second par son étiologie peu ordinaire (traumatisme); le troisième attire l'attention par son début, par sa terminaison, ou du moins par ce que l'on sait de cette terminaison, et par l'association de la maladie mentadie avec le tabes dorsal; — enfin le dernier cas était accompagné d'hallucinations d'ordre mélancolique.

R. M.-C.

LXXIV. Une observation de manie post-éclamptique; par E.-A. Alexander. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1891.)

L'éclampsie a probablement eu pour cause primitive une néphrite gravidique avec phénomènes d'auto-intoxication et crises épileptiformes consécutives. La maladie subissait d'ailleurs une hérédité névropathique manifeste (père alcoolique et mère hystérique) : elle-même présentait une certaine puérilité de caractère et une extrême émotivité. L'accès de manie paraît avoir eu pour cause prédisposante l'instabilité mentale congénitale, et pour cause déterminante les crises épileptiformes. — La malade a guéri.

R. M.-C.

LXXV. Discours présidentiel prononcé a la cinquantième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique a Birmingham, le 23 juillet 1891, par E.-B. Whitcombe. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1891.)

Dans ce discours, le Président de l'Association s'est attaché à préciser les progrès réalisés ou proposés pendant les dix dernières années en manière d'aliénation mentale, tant au point de vue administratif ou légal qu'au point de vue médico-thérapeutique.

R. M.-C.

LXXVI. Un cas de pachyméningite hémorrhagique interne consécutive a une insolation; par E.-B. Whitcombe. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1891.)

Observation d'un cas intéressant, suivie de la relation détaillée de l'autopsie.

R. M.-C.

LXXVII. Hystérie male d'origine toxique et folie des actes; par R. Brugia. (*Il Manicomio*, fasc. 2-3, 1892.)

LXXVIII. Influenza et névrose; par Geo.-H. Savage. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

On sait que l'influenza a eu pour caractère spécial de frapper chacun de ceux qu'elle atteignait sur le *locus minoris resistentiæ*; aussi M. Savage constate-t-il au début de son travail que les conséquences névropathiques de l'influenza ont été surtout apparentes et manifestes chez les prédisposés, c'est-à-dire chez les individus en puissance de névropathie actuelle ou latente, chez les alcooliques, les syphilitiques, les surmenés. Ces conséquences ont été directes ou indirectes, c'est-à-dire que les unes ont succédé directement à l'atteinte morbide, tandis que les autres procédaient plutôt du trouble de la santé générale déterminé par cette atteinte.

Le symptôme nerveux que l'auteur a constaté le plus souvent pendant ou après l'influenza est l'insomnie; la névralgie vient en seconde ligne, puis la diminution du pouvoir musculaire.

Plusieurs formes d'aliénation mentale se sont montrées à l'état de conséquence de la grippe épidémique, et il est à remarquer qu'il ne paraît y avoir eu aucun rapport entre la gravité de la maladie primordiale et les troubles mentaux dont elle a provoqué l'éclosion; ce qu'il y a de plus net c'est que, dans ces cas, il s'agissait toujours de sujets prédisposés.

On a dit que l'influenza pouvait modifier le trouble mental chez un aliéné; l'auteur n'a constaté ce fait que dans un très petit nombre de cas, et l'amélioration ainsi obtenue a toujours été très temporaire; en revanche dans quelques névroses anciennes, sans trouble mental, dans la surdité nerveuse par exemple, il a pu observer des améliorations plus durables; il est vrai qu'il a vu des cas plus nombreux dans lesquels cette même surdité nerveuse avait été au contraire la conséquence de l'influenza.

L'auteur ajoute en terminant que s'il a publié ces faits, c'est moins en raison de leur intérêt propre, que pour provoquer de la part de ses confrères la communication de nouveaux faits. R. M.-C.

LXXIX. Des états asymétriques qui se rencontrent dans la face des aliénés, avec quelques remarques sur la dissolution de l'expression; par John Turner. (*The Journal of Mental Science*, janvier et avril 1892.)

Dans ce travail étendu et accompagné de planches, M. Turner s'efforce d'expliquer le mécanisme de l'asymétrie; il a été conduit à cette étude par la pensée que si l'on étudiait avec soin, et paral-

lèlement, les symptômes de paralysie du mouvement qui produisent l'asymétrie et les états pathologiques cérébraux qui, dans certains cas, leur correspondent, on arriverait peut-être à déterminer avec précision les régions corticales dont l'intégrité est nécessaire à l'accomplissement des modifications physiques qui accompagnent certains états émotifs et qui peuvent éventuellement se manifester sous forme de contraction musculaire. R. M.-C.

LXXX. Un cas de cocaïnisme; par Percy Smith. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Ce cas s'écarte du type ordinaire en ce que l'habitude de la cocaïne n'avait pas été consécutive, comme elle l'est souvent, à une tentative de substitution de la cocaïne à la morphine chez une morphinomane; ici la malade avait débuté par l'emploi modéré et thérapeutique de la cocaïne; mais le remède a été pire que le mal, et la malade est arrivée jusqu'à l'extrême frontière de la folie. Elle avait d'ailleurs été autrefois morphinomane, et le fait même qu'elle avait réussi à se corriger d'une première intoxication habituelle n'a sans doute pas été sans influence sur la possibilité de sa seconde guérison. La cocaïne cependant paraissait avoir pour elle encore plus de séductions que la morphine. Les hallucinations n'ont eu chez cette malade ni le caractère terrifiant qu'on leur attribue quelquefois, ni le caractère génital signalé par le Dr Conolly Norman, bien que la malade après avoir débuté par des doses de 4 à 5 centigrammes fût arrivée à prendre 1 gr. 50 de cocaïne en une seule fois. La malade a été traitée dans un établissement spécial; il est probable que malgré sa force de volonté, elle n'aurait pas réussi à se guérir chez elle. R. M. C.

LXXXI. Génie et folie; par Arthur Macdonald. (*The Journal of Mental Science,* avril 1892.)

L'auteur termine son étude, basée sur des documents historiques et biographiques par les conclusions suivantes :

« Alors même que les faits rapportés plus haut, et auxquels on « en pourrait joindre beaucoup d'autres, ne démontreraient pas « que le génie et la folie appartiennent à une seule et même caté- « gorie, ils indiquent du moins qu'il y a entre ces deux états de « nombreux points de contact. C'est ainsi que la fréquence du « délire, les nombreux signes de dégénérescence, la fréquence de « l'épilepsie, de la précocité et de la mélancolie, la tendance au « suicide et le caractère spécial de l'inspiration, viennent à l'appui « de l'opinion suivant laquelle le génie serait une maladie men- « tale, une maladie de dégénérescence. »

« Si l'on admet cette conclusion, il n'y a pas lieu de supposer

« que la valeur de ce qu'il y a d'élevé et de noble dans le génie en « soit diminuée. Il n'appartient pas à une analyse, montrât-elle « une étroite relation entre le génie et la folie, ou même le crime, « de changer le génie lui-même. »

Remarquons que les directeurs scientifiques du *Mental Science*, MM. Hack Tuke et Geo. Savage ont cru devoir dégager, dans une note, leur responsabilité en rappelant que les auteurs des mémoires publiés sont seuls responsables de leurs assertions et de leurs opinions. R. M.-C.

LXXXII. La katatonie est-elle une forme particulière de trouble mental; par M. J. Nolan. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1892.)

LXXXIII. Quelques observations de la maladie appelée katatonie, par M. J. Nolan. (*Ibid.*)

Le premier de ces deux mémoires, assez étendu, est consacré à une étude générale du syndrome habituellement désigné sous le nom de katatonie; le second est constitué par la relation détaillée de l'observation de cinq malades qui ont paru à l'auteur d'autant plus intéressants qu'on a pu constater chez eux les traits principaux des trois formes de katatonie décrites par Schüle, à savoir : la forme religieuse expansive, — la forme démonomaniaque, — la forme hystérique. R. M.-C.

LXXXIV. Un cas de tumeur cérébrale; par James Rorie. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1892.)

Observation intéressante, suivie d'autopsie; on trouva dans le centre ovale du côté droit un ramollissement gélatineux, et au niveau des ganglions de la base, une tumeur qui avait pris leur place des deux côtés ainsi que celle du corps calleux, et qui n'épargnait qu'une faible portion de la partie postérieure de la couche optique droite. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans le cas dont il s'agit, c'est l'insignifiance des symptômes observés pendant la vie; parmi les symptômes caractéristiques, ceux dont l'absence est surtout remarquable sont la céphalalgie, les vomissements, les troubles du langage, les convulsions et les lésions de la sensibilité. Il faut remarquer toutefois que l'état de démence de la malade a pu faire passer inaperçus quelques phénomènes qui, dans d'autres circonstances, auraient nécessairement attiré l'attention. R. M.-C.

LXXXV. Un cas de rupture du ventricule gauche du cœur; par John Bruce. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

Observation d'un homme de soixante-dix ans, mort subitement

au déclin d'une période d'excitation; le cœur était hypertrophié, gras, le myocarde en état de dégénérescence. La rupture occupait la paroi antérieure du ventricule gauche. R. M.-C.

LXXXVI. Les cas de folie dans la pratique médicale ordinaire; par A.-H. Newth. (*The Journal of Mental Science*, janvier et avril 1892.)

A l'aide de plusieurs observations, qu'il ne s'est d'ailleurs pas efforcé de grouper systématiquement, l'auteur cherche à montrer que, dans la pratique médicale ordinaire, certains cas d'aliénation peuvent être utilement traités sans que l'on ait recours à l'internement, ni aux agents médicamenteux usités dans le traitement de la folie; il signale notamment certains cas où le trouble mental est sous la dépendance d'une lésion organique qu'il s'agit alors de rechercher et de traiter. Mais il s'empresse de reconnaître que si le milieu ambiant paraît agir défavorablement sur l'état mental, si les ressources du traitement à domicile sont insuffisantes, si enfin le malade a la moindre tendance au suicide ou a l'homicide, il faut se garder d'apporter le moindre retard à l'internement. R. M.-C.

LXXXVIII. L'hypnotisme a Paris et a Nancy : Notes d'un visiteur ; par M. George Robertson. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1892.)

L'auteur a visité successivement à Paris les services de MM. Charcot, Voisin et Luys, et à Nancy, celui de M. Bernheim. Après avoir assisté à de nombreuses séances d'hypnotisme, et avoir entendu formuler les conclusions les plus contradictoires, il a résumé son opinion d'une façon très intéressante dans les termes suivants, que nous reproduisons presque textuellement :

Tout d'abord comment peut-on accorder les contradictions qui paraissent exister entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy? M. Charcot enseigne que l'hypnotisme vrai s'accompagne de certains phénomènes physiques remarquables, que l'on peut étudier avec précision, ct qui apparaissent indépendamment de toute suggestion, si bien que l'effort conscient ne suffit pas à les reproduire. M. Bernheim, d'autre part, enseigne que des malades sont réellement hypnotisés, et cependant il n'obtient chez eux en dehors de la suggestion, aucun des phénomènes sur lesquels insiste M. Charcot. L'auteur pense que la différence provient ici, non de l'hypnotisme lui-même, mais bien des malades que l'on hypnotise. M. Charcot choisit des cas d'hystérie intense ou de grande hystérie et d'hystéro-épilepsie, et même, dans ces conditions, il admet que tous les sujets ne sont pas propres à la démonstration du grand hypnotisme. Ceux qui y sont propres sont en très petit nombre, soit absolument, soit relativement. Lorsque, chez ces malades on

provoque l'hypnose, ils manifestent les divers phénomènes physiques indiqués dans la description classique de Charcot, phénomènes qui se perfectionnent par la pratique et la répétition des expériences. Mais on peut se demander, avec Tamburini, si ces phénomènes ne sont pas ceux de l'hystérie aiguë. M. Charcot, dit l'auteur, m'a signalé les relations étroites qui existent entre l'hystérie et l'hypnotisme et il m'a montré comment on peut provoquer brusquement l'état cataleptique au moyen d'un bruit violent et soudain ; un éclat soudain de lumière aurait d'ailleurs le même résultat. Mais on a vu des cas où le même phénomène s'observait à l'état de veille, sans intervention hypnotique. Aussi Tamburini pense-t-il que, dans ces états hystériques très accusés, l'hypnotisme détermine des modifications nerveuses qui rendent subitement manifestes les phénomènes pathologiques latents propres à la maladie, phénomènes qui peuvent toutefois, dans d'autres cas, apparaître spontanément en dehors de l'hypnotisme. L'auteur ne saurait se prononcer dans ce débat, mais il pense que les phénomènes hypnotiques varient beaucoup suivant le sujet sur lequel on opère. Il pense qu'en hypnotisant une personne bien portante, en général on obtiendra l'une des premières phases du petit hypnotisme de Nancy. Il est probable aussi que chez des types différents de personnes, par suite de dispositions nerveuses encore inexactement connues, l'hypnose devient de plus en plus profonde et s'accompagne de phénomènes de plus en plus marqués; aussi M. Bernheim ne lui reconnaît-il pas moins de neuf phases progressives. Enfin, dans les cas rares d'hystérie grave et d'hystéro-épilepsie, on atteint le maximum de complexité et de perfectionnement des phénomènes qui accompagnent l'état hypnotique. En partant de ce point de vue, on voit s'évanouir les plus importantes des difficultés qui séparent les deux écoles : quant aux difficultés d'ordre secondaire, elles tiennent surtout à ce que de chaque côté on connaît mal ou l'on méconnaît les vues exactes de l'école opposée.

L'auteur n'admet pas que la non-manifestation des phénomènes physiques suffise à prouver que les malades de M. Bernheim ne sont pas réellement hypnotisés ; il pense que la forme légère de l'hypnotisme, telle qu'on l'observe chez les sujets sains, constitue un phénomène purement psychique, et qui, pour ne pas s'accompagner de phénomènes physiques, n'est ni moins intéressant ni moins important. Il est assurément plus difficile, il est peut-être impossible, dans ces cas psychiques, de donner de la réalité de l'hypnose des preuves aussi convaincantes que celles que fournit M. Charcot ; mais il n'est guère possible de ne pas admettre la réalité d'un état psychique provoqué lorsqu'on voit les succès que M. Bernheim obtient contre la douleur.

D'autre part, M. Robertson ne saurait accepter l'opinion soutenue par M. Bernheim, que tous les phénomènes dits psychiques ou

somatiques de l'hypnotisme, tels que les décrit M. Charcot, sont le résultat de suggestions et ne sauraient apparaître spontanément. M. Charcot enseigne nettement qu'il ne s'attend à rencontrer les phénomènes de cet ordre, et à un degré élevé, que chez le petit nombre des malades qui présentent d'autre part les symptômes de la grande hystérie, et quand M. Bernheim a essayé de donner à l'auteur la démonstration de la production de ces phénomènes par la simple suggestion, les expériences n'ont pas été convaincantes. Sa catalepsie suggérée, par exemple, au moins dans les cas observés par M. Robertson, ne résisterait pas au contrôle scientifique de l'école de la Salpêtrière, et mériterait plutôt le nom d'état cataleptoïde ; et quant à l'action de l'aimant, la reproduction par la suggestion de quelques-uns des phénomènes qui lui sont attribuables ne prouve nullement que ces phénomènes, et même plusieurs autres, ne puissent être produits par l'aimant, lui-même. M. Bernheim a si complètement étudié la suggestion, elle lui a fourni l'explication de tant de faits, qu'il est tout naturel que son esprit incline à l'invoquer comme explication de tous les phénomènes.

Cette explication, toutefois, M. Robertson est tout disposé à l'accepter sans grande hésitation, en supposant, bien entendu, la suggestion inconsciente, en ce qui touche les phénomènes de transfert et autres faits surnaturels observés dans le service de M. Luys, à la Charité.

Enfin, il est hors de doute que l'hypnotisme a déjà rendu et rendra encore des services importants à la psychologie expérimentale. — Au point de vue thérapeutique, il est incontestable que son emploi est très utile pour soulager la douleur, et que l'on pourra probablement l'étendre à des affections nerveuses très diverses. Dans l'aliénation mentale, l'hypnotisme pourra certainement être employé avec succès dans quelques cas, mais les observations faites par l'auteur dans le service de M. Voisin l'ont conduit à penser que cette méthode n'a que des avantages très restreints.

Quant aux dangers de l'hypnotisme, ils paraissent négligeables, pourvu que l'emploi de ce moyen reste entre les mains de l'homme de l'art. M. Robertson ne croit pas qu'on ait relaté un seul cas où l'hypnotisation ait été suivie de conséquences fâcheuses quand elle avait été pratiquée par des médecins dans un but thérapeutique.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXXXVIII. L'ÉTAT DE RÊVE ET LES FAITS PSYCHIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT; par le Henry SMITH-WILLIAM.

Il faut distinguer trois états d'âme : l'état de veille, l'état de sommeil profond et l'état de rêve intermédiaire entre les deux autres.

Dans l'état de sommeil profond, les vibrations du cerveau qui n'est jamais inactif sont assez faibles pour ne pas affecter la mémoire.

Dans l'état de veille, au contraire, les vibrations sont conscientes et peuvent être rappelées à notre esprit.

L'état de rêve ne diffère de l'état de veille que par le faiblesse de certaines vibrations. Le rêve se compose de quelques concepts ou images saillant sur un fond d'idées vagues et ternes; sorte d'arrière-plan à peine conscient pendant la vie, totalement oublié au réveil. Si le rêve, à première vue, diffère des opérations de l'esprit à l'état de veille, ce n'est pas que l'esprit manque d'unité; c'est que les idées intermédiaires dont nous sommes conscients à l'état de veille nous échappent pendant le rêve. Si nous avons rêvé qu'un homme devenait cheval, puis oiseau, c'est que par une association naturelle d'idées nous avons passé de l'idée d'homme à celle de cheval puis à celle d'oiseau, mais que, les intermédiaires nous échappant, nous attribuons à cet homme les caractères du cheval puis de l'oiseau.

Une autre différence de l'état de rêve et de l'état de veille, c'est que, pendant celui-ci, certaines idées, celles de personnalité, de temps, d'espace, etc., sont très présentes à notre esprit et que, pendant le rêve au contraire, elles s'affaiblissent au point de n'être plus conscientes. De là le fait que nous pouvons en rêve perdre notre personnalité.

En somme, l'état de rêve est en tous points comparable à l'état de veille sauf que certaines vibrations du cerveau et les idées qui leur correspondent sont moins fortes, par suite d'une diminution de l'afflux du sang au cerveau.

Il en résulte une rupture d'équilibre entre nos idées pendaut le rêve; certaines d'entre elles dominent et éclipsent toutes les autres.

Certaines folies ne sont autre chose que l'état de rêve prolongé pendant la veille; telles sont l'idée fixe et la mélancolie. Dans ce cas, l'aliéné est absorbé par la contemplation d'une seule idée ou d'un seul objet.

Toutes les autres perceptions s'affaiblissent et comme il manque des points de comparaison, le malade a une tout autre vue des choses que l'esprit normal. Imaginons qu'en regardant au microscope une pétale de fleur, nous fassions abstraction de tous nos souvenirs, que nous l'isolions de la fleur et du reste du monde; nous serons dans la situation d'esprit de l'aliéné.

Ce manque de coordination des perceptions et des idées chez le mélancolique ou l'halluciné vient d'une anémie du cerveau. Rétablissez la santé physique du malade et la santé morale suivra comme une conséquence nécessaire.

Il ne faut pas conclure que partout où il y a illusion, il y a folie;

mais partout où il y a folie, il y a illusion. Le génie est une rupture partielle d'équilibre, c'est un état anormal.

La tendance de la race doit être vers le juste équilibre des facultés et pour ainsi dire, vers la stabilité de l'esprit. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

LXXXIX. Les origines de la folie ; par le Dr Tucke.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Toutes les facultés mentales se sont manifestées chacune à son époque; elles sont de tous les âges, mais beaucoup sont modernes.

2° La date de l'apparition d'une faculté dans la race peut être appréciée par l'âge auquel elle apparaît chez l'individu et sa généralisation plus ou moins grande dans la race.

3° La stabilité d'une faculté chez l'individu dépend de l'époque de son apparition dans la race; plus elle est ancienne, plus la faculté est stable.

4° En conséquence la race dont l'évolution est la plus rapide aura la plus hâtive déchéance.

5° Dans une race donnée, les fonctions dont l'évolution est le plus rapide seront celles qui seront le plus sujettes à déchoir.

6° Dans les familles les plus progressives de la race aryenne, les facultés mentales depuis quelques milliers d'années, se sont développées avec une grande rapidité.

7° Dans cette race, le grand nombre des déchéances mentales, communément appelées folie, sont dues à la rapide et récente évolution de ces facultés mentales dans la race. Aussi dans la race Aryenne américaine trouve-t-on un aliéné pour cinq cents individus, alors que dans la race nègre il n'y a qu'un aliéné pour onze cents individus. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

XC. Les maladies rénales et la folie ; par le Dr Georges Tulle.

L'opinion générale des auteurs est que les maladies des reins sont rarement un facteur important dans l'étiologie de la folie. C'est ainsi que Griesinger, Buchnill et Tuke disent que le mal de Bright peut amener la folie mais qu'ils ne l'ont jamais observée. Il est cependant probable que nombre de personnes ne doivent leurs troubles mentaux qu'à l'épuisement produit par la rétention de poisons de l'organisme. Les cas cités par l'auteur viennent à l'appui de cette hypothèse.

1° Femme de trente-cinq ans sans antécédents héréditaires, entre à l'asile de Mehean avec des symptômes de néphrite interstitielle : œdème considérable, cœur très hypertrophié. Comme état mental : stupidité avec des périodes d'excitation caractérisées par

des idés de persécution. Son urine contenait de l'albumine et une grande quatité de cylindres hyalins et granuleux.

2° Femme de soixante-sept ans, mélancolique, périodes de dépression alternant avec des périodes de gaieté exhubérante. Urine pâle, acide, avec traces d'albumine et important dépôt de cylindres. Pas d'œdème. Quatre mois après sa sortie de l'asile, les cylindres épithéliaux avaient disparu de son urine et son état physique et mental était excellent.

3° Mélancolique, trace d'albumine, un petit nombre de cylindres hyalins. Pas d'œdème.

Un an après, état mental très amélioré et plus de signes de néphrite.

4° Maniaque avec idées de persécution, excitation considérable et tendance au suicide. Traces d'albumine dans l'urine. Amélioration rapide.

5° Maniaque avec hypochondrie. Œdème des chevilles, albumine, cylindres hyalins. Cœur normal. En quelques mois, l'œdème disparaît et l'état mental se guérit.

6° Mélancolie avec idées de suicide. Albumine et dépôt de cristaux d'oxalate et de phosphate de chaux. Œdème des jambes. En quelques mois la mélancolie avait disparu, l'œdème, l'albumine et les cristaux n'existaient plus.

L'auteur a analysé les urines des malades de son service et il a trouvé de l'albumine un grand nombre de fois, 32 p. 100. Il en conclut que l'élimination des toxines est moins active et qu'il se produit une auto-intoxication. C'est surtout chez les mélancoliques que les symptômes de néphrite sont fréquents et on ne trouve guère de mélancoliques agités sans albumine et sans cylindres dans les urines.

Les maladies rénales sont donc beaucoup plus communes chez les aliénés que ne l'admettent les auteurs et les conclusions que l'on peut tirer de cette étude sont les suivantes :

1° La néphrite chronique est une cause fréquente de folie. 2° La mélancolie persistante peut donner de l'albumine et des cylindres épithéliaux dans l'urine avec de l'œdème dans quelques cas. 3° Cette affection rénale peut être temporaire, disparaissant avec la cause. Si la cause persiste, l'affection rénale peut devenir chronique. 4° Contrairement à l'opinion de beaucoup d'observateurs, la néphrite est très commune chez les aliénés. (*American journal of insanity*, 1892.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 24 avril 1893.

Distribution des récompenses. Prix Moreau (de Tours). — M. ARNAUD, au nom d'une commission composée de MM. Ballet, Moreau (de Tours) et Wallon, donne lecture de son rapport décernant le prix à M. Najotte, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur les *Rapports de la paralysie générale avec le tabes.* Une mention honorable est accordée à M. Berbès et Hamel internes, à Charenton.

Prix Esquirol. — M. SOLLIER, rapporteur de la commission formeé de MM. Bouchereau, Falret, Mitivié et Ritti, passe en revue les cinq mémoires qui ont été déposés. Le prix Esquirol est remis à M. Lachaud, interne des asiles de la Seine, pour un travail fait à Villejuif, et intitulé : *Dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique des persécutions.* Une mention honorable est aussi décernée à M. Séfiliâtre, interne du même asile, pour son *Étude du tremblement de la langue dans la paralysie générale.*

Prix Belhomme. — M. SÉGLAS, rapporteur de la Commission formée de MM. Dagonet, Garnier, Magnan et A. Voisin, expose qu'un seul mémoire a été présenté pour le prix, qu'il n'y a pas lieu de décerner cette année. Une mention très honorable, accompagnée des deux tiers de la valeur du prix, est néanmoins votée à MM. Bounet et Marie, médecins adjoints des asiles et co-auteurs du mémoire. — Le sujet choisi pour le prochain concours est le suivant : *Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie* (*arriérés*, *débiles*, *imbéciles*, *idiots*).

Prix Aubanel. — M. SÉMELAIGNE, rapporteur de la commission, expose qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel, mais que deux mentions honorables accompagnées d'une somme de 1,200 fr. seront accordées à MM. Berbès, ancien interne des asiles de la Seine, actuellement interne à Charenton, et Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon.

La Commission propose pour le prochain prix, qui sera distribué, en 1895 : *Etude des variétés cliniques du délire des persécutions.*

Marcel BRIAND.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance du 25 septembre 1892.

I. Darkchévitch et Fikhonof. — *Des affections consécutives du système nerveux central.* — Après avoir présenté deux malades atteints d'atrophies musculaires arthropathiques et offrant des symptômes spinaux caractéristiques, tels que parésie avec sensibilité normale exagération des réflexes tendineux, augmentation de l'excitabilité directe des muscles sans phénomènes de rigidité, es auteurs retracent l'histoire de la maladie d'une emme caez laquelle on avait observé des symptômes identiques, à la suite d'un phlegmon de la surface dorsale du poignet.

Des phénomènes semblables ont été décrits par d'autres auteurs dans les premiers stades des névrites. Les rapporteurs se croient en droit de réunir tous ces complexes de symptômes sous la dénomination générale d'*affections consécutives du système nerveux central* survenant après des lésions périphériques.

Suivant les rapporteurs, le point de départ de ces lésions périphériques n'est pas l'arthrite ou le phlegmon, mais, dans tous les cas, la névrite à son premier stade de développement. En faveur de cette théorie, on peut citer les expériences de Debove et Raymond et celles de Darkchévitch lui-même, expériences qui l'ont amené à conclure que les lésions des troncs nerveux périphériques entraînent non seulement des modifications allant jusqu'au centre, mais encore une altération du noyau lui-même.

Pour prouver cette thèse, les rapporteurs citent le cas pathologique suivant : chez une malade atteinte d'une paralysie faciale périphérique *ex otitide*, l'examen microscopique fait après l'autopsie a démontré des modifications destructives dans le noyau correspondant.

Considérant comme prouvées les modifications des centres de la moelle épinière consécutives aux affections périphériques les auteurs croient que, dans les arthrites, les phlegmons et les stades initiaux des névrites, ces modifications ne sont que dynamiques, mais que, dans certaines conditions, il est possible qu'elles deviennent destructives.

Discussion. — M. le professeur Kojevnikof croit que beaucoup de symptômes qu'on pourrait considérer comme centraux, dans les névrites aiguës, dépendent en réalité de névrites atteignant des

nés, confiées à des médecins-directeurs, ils seront organisés comme ces derniers.

2° L'État seul, c'est-à-dire l'administration provinciale, est capable d'organiser, de développer, de surveiller de semblables établissements; le congrès intervient donc auprès des autorités compétentes pour les prier d'activer la création et la mise en fonctions de l'assistance des idiots et des épileptiques, conformément à la teneur de la loi du 11 juillet 1891.

L'orateur rappelle les conclusions adoptées par le congrès des aliénistes et de Weimar (septembre 1891). (Voy. *Archives de Neurologie.*) Afin de rédiger un projet de délibération, le congrès nomme une commission dont feront partie MM. Gerstenberg, Luttich, et Wulff.

M. Wulff traite de la conduite à tenir en présence des aliénés atteints de tuberculose; des règles sont posées à ce sujet par MM. Gerlach, Hesse et autres.

La prochaine séance de la société aura lieu le 1er mai 1893 au Kastew's Hotel.

(*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 3.) P. Keraval

CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'EST DE L'ALLEMAGNE

CINQUANTE-NEUVIÈME SESSION A LEUBUS.

Séance du 19 *juin* 1892[1]. — Présidence de M. Vermiche.

M. le président lit à la société l'éloge de Meynert qu'il a fait paraître dans la *Deutsche mediz Wochenschrift*, n° 28. L'assistance se lève en l'honneur de l'illustre défunt.

M. Vernicke fait passer sous les yeux de la société des photographies qui représentent des coupes transverses du cerveau grossies à la loupe.

M. Kahlbaum. *Un cas de paranoïa.* — L'orateur rappelle que, dans sa précédente communication sur la *paranoïa* (folie systématique), il a démontré que conformément à l'idée nosographique que l'on doit se faire de l'entité morbide en question, il faut ou bien limiter à cette modalité clinique l'emploi du mot *paranoïa*, c'est-à-dire réserver le mot *paranoïa* pour une forme clinique

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, séance de 1891.

déterminée, ou bien lui appliquer un mot nouveau. C'est à cette dernière décision que s'en tient M. Kahlbaum. Il propose d'appeler *paraphrénie*, en allemand *Wahnsücht*, la maladie mentale qui se manifeste par la *prédominance et la permanence d'idées délirantes systématisées*, et de conserver le mot *paranoïa*, en allemand *Verrücktheit*, à tous les cas indistinctement dans lesquels il y a des idées délirantes quelconques. Il s'ensuit que paranoïa, c'est-à-dire Verrückhteit, est non point une espèce clinique, mais un complexus symptomatique qui se rencontre en diverses espèces morbides.

Voici maintenant une observation caractérisée par l'existence d'un complexus symptomatique du dernier genre qui en effet ne correspond pas à la paranoïa, c'est-à-dire d'après la nouvelle terminologie à la paraphrénie. Il s'agit d'un malade d'un asile de la Silésie, qui depuis plusieurs années est interdit et a tenté de faire lever son interdiction en actionnant l'administration. De l'examen du malade et de ses assertions, il appert que le personnage en question est un homme qui est tourmenté par une seule pensée et que ce tourment l'a mis en lutte contre les personnes qui l'entouraient et contre le monde entier. Cette pensée est l'amour qu'il éprouve pour une jeune fille; il croit qu'il a sur elle un droit légitime et légal, parce que pendant quelque temps, il a été en relations amicales avec elle, encore que le père de la jeune fille, à cette époque mineure, lui a refusé son consentement. Son idée fixe l'a amené à considérer le père de la jeune fille comme son ennemi et à voir des ennemis dans toutes les personnes qui se sont prononcées contre ses relations avec la jeune fille, notamment dans le *Kreisphysiken* qui a fait un premier rapport médical sur lui. Il y a donc dans l'espèce idée fixe, puis délire des persécutions, et concurremment, mégalomanie sous forme de délire orgueilleux, tous symptômes qui caractérisent la paranoïa dans son sens le plus étroit. Mais si nous tenons compte de ce fait qu'il s'agit d'un individu qui dès l'enfance a été très excentrique, très original, que lors d'un voyage qu'il fit à Londres, il a dû être séquestré dans un asile d'aliénés, que sa tête est depuis plusieurs années aliénée (délire de chicane), nous sommes obligés de reconnaître que nous avons affaire à une Verrucktheit. C'est d'ailleurs ce que fait remarquer le *Kreisphysiken* dans son rapport. Il conclut à la dégénérescence mentale, c'est-à-dire à l'existence d'un état psychopathique qui doit être considéré non comme une affection psychique acquise par un cerveau bien développé, mais comme une sorte de malformation congénitale originelle sur laquelle ont germé des idées morbides. En un mot, c'est un pseudoparanoïa.

Discussion :

M. Gurich. — Que serait-il advenu du malade s'il eût possédé la jeune fille ?

M. Kahllamm. — Évidemment la construction imaginaire de son amour philosophique n'eût pas tardé à s'écrouler en présence de la réalité.

Sur la demande de M. Wernicke, M. Kahlbaum esquisse encore quelques observations. Il allègue que chez ces malades, les troubles fondamentaux ne sont point uniformément, sans discontinuité, rattachés à un système organisé, que chez eux, il se montre d'abord des perturbations dans la sphère affective, intellectuelle et volontaire, et que ce n'est que secondairement qu'ils s'accompagnent de troubles amalgamés. Ils se distinguent des cas de Verucktheit proprement dits ou de paraphrénie, dans lesquels tous les symptômes procèdent d'un mécanisme morbide de la vie conceptuelle, d'une manière de sentir morbide au sujet des personnes et de la propre personne du sujet. Il en est ainsi de la plupart des malades qui constituent les observations détaillées par Sandet dans son mémoire sur la Verrucktbeit originelle, qui presque tous échappent à cette étiquette.

M. Vernicke ne partage pas l'opinion de M. Kahlbaum. Le cas précédemment observé par M. Kahlbaum (il a eu l'occasion de l'étudier lui aussi pendant quelque temps) est pour lui un exemple frappant d'*idée fixe* (obsession) qu'il serait plus exact d'appeler idée présomptueuse (*obsession présomptueuse*).

De cette obsession, le malade a tiré un délire logique auquel il a conformé ses sentiments et ses actes. Du reste, il n'est pas rare de voir ces hommes de cet âge se forger un penchant quelconque pour une jeune fille et je ne sache pas qu'on puisse considérer ces passions comme morbides.

Quant à la Verrücktheit originelle de Sander, en effet, elle ne tient pas debout ; n'étant point du tout étayée par ses observations.

M. Kahlbaum. Il y a cependant des cas qui correspondent à la description de Sander et qui méritent la démonstration de Verrucktheit originelle. Mais les observations de Sander représentent où la folie systématique (Verrucktheit) ordinaire ou l'héléphrein.

M. Neisser. Le mémoire sur la Verrucktheit originelle (Sander) a été souvent mal compris. Aujourd'hui il y a confusion dans le mode d'emploi de l'expression *originaire Verrucktheit*. Sander n'a entendu traiter sous ce nom qu'un groupe, et il le dit expressément un petit groupe, celui de la folie systématique primitive (*premier Verrucktheit*). Au contraire, Meynert et ses élèves, Fritsch par exemple, ont souvent employé comme synonyme des expressions de *primœre* et *originœre Verrucktheit*. Schulle, d'autre part, sous ce nom désigne un autre type morbide.

Enfin, plus tard Sander a lui-même avoué que le terme des *originœre Verrucktheit* n'était pas d'un heureux choix pour ses observations. Les auteurs quand ils parlent de ceux qu'ils désignent

sous le nom adopté par Sander et qu'ils croient correspondre à cette appellation, ne puissent pas envisager les mêmes observations; ils les ont perdus de vue, c'est ce qui est notamment arrivé à Rohl dans son travail intitulé : (*De la coexistence de la paranoïa originelle et de l'épilepsie*).

M. Wernicke. J'ai publié des observations dans lesquelles il y avait des idées fixes présomptueuses qui entraînent tout naturellement, malgré l'intégrité du mécanisme de l'intelligence sur tout autre point un délire logique, par exemple un délire de persécution. Puis quand les choses durent ainsi depuis un certain temps, la connaissance se modifie, la personnalité s'exagère subsidiairement ; il survient des illusions de la mémoire, et l'individu forge de toutes pièces une histoire généralement positive, plus rarement négative.

M. Neisser. L'isolement des idées fixes est un fait général et généralement reconnu. Les cas de M. Wernicke sont des exceptions. On n'a guère vu d'idées délirantes fixes isolées prendre le caractère d'idées de persécution.

Quant aux traits symptomatiques caractéristiques de la paranoïa, il y a lieu d'admettre des symptômes primitifs directs, et des symptômes secondaires ou consécutifs. J'insiste sur ce point en tenant compte de la valeur diagnostique de l'idée fixe de M. Wernicke, et en même temps de la définition que M. Halbaum donne de sa paraphémie qu'il appelle paranoïa au sens rigoureux du mot, ayant pour caractères la permanence et la prédominance d'idées délirantes systématisées.

Je dirai tout à l'heure en traitant d'une forme spéciale des néoformations délirantes ce que je pense de la symptomatologie spéciale de cette maladie et à son diagnostic différentiel. Pour le moment, je m'en tiendrai à des aperçus de pathologie générale.

Un grand nombre de malades, des malades d'âges différents ayant des degrés différents d'éducation, appartenant à des nationalités différentes sont conduits par une maladie identique, tout à fait par des procédés analogues, à développer des idées délirantes systématisées de persécution ou de grandeur; il faut donc que nous reconnaissions une loi dans ces phénomènes, et que nous rassemblions ces faits en un faisceau, en un groupe séparé, spécial. Mais ce n'est là que les prémisses d'une considération scientifique. Les idées délirantes, surtout quand elles sont systématisées, procèdent en tous les cas de rouages psychiques très compliqués, elles ne sont que les produits ultimes d'un moteur morbide qui doit être l'objet réel des investigations du diagnostic. Il se pourrait très bien que le même moteur pathologique, considéré, dans son action physiologique, dans des conditions déterminées, prenne une tout autre marche ou n'arrive pas au même degré de développement et que

finalement, il n'engendre pas un système de délire à enchaînement logique. Au surplus, on remarquera que pendant le stade initial de la maladie, qui peut durer des mois, voire parfois des années, il n'existe pas forcément des idées délirantes fixes et systématiques. On serait donc en droit, tant dans l'intérêt de la théorie que de la pratique, d'exiger que l'on formule son diagnostic en le tirant du mécanisme même de la formation du délire et de la façon dont il évolue, et que l'on analyse l'activité morbide de la pensée en travail, qu'on en saisisse les éléments aptes à procréer un délire organisé, cohérent, solide. Certes ce ne seront pas des ratiocinations théoriques qui décideront du genre de trouble intellectuel qui forge et ajuste ce délire, ce ne peut être que l'expérience clinique. J'ai personnellement lu au sein de la société un travail sur la paranoïa dans lequel j'attribuais une importance cardinale à un symptôme spécial que je tiens pour un des rouages générateurs du délire, je veux parler *de l'exagération pathologique des rapports du moi.*

Il n'y a selon moi d'exemple de folie systématique chronique (*chronische paranoia*) ou pour nous servir du terme proposé par M. Kahlbaum de *chronische Wahnsucht* dans lequel on ne constate pas *d'exagération de la personnalité*, il y a en revanche des cas dans lesquels il n'y a pas d'hallucinations et où le seul symptôme est constitué par une erreur d'interprétation des rapports du moi. Les symptômes secondaires varient. Le plus fréquent est le délire de suspicion et de persécution. Assez souvent, on voit consécutivement survenir une perplexité toute spéciale. Et c'est justement parce qu'il s'observe que le malade croit souvent que ses pensées sont connues des personnes qui l'entourent ; c'est l'exagération qui lui suggère cette idée.

Puis viennent les hallucinations de la parole intérieure de Cramer, les hallucinations de l'ouïe avec les néologismes, les sensations somatiques anormales du corps. Lors même que des malades affirment avoir devant les yeux le tableau des scènes empruntées à leur vie, c'est l'exagération de leur personnalité qui, agissant sur leur imagination, produit ce phénomène. Tel est encore le mécanisme des mouvements, des actes, des propos que les fous systématiques prétendent leur être imposés.

M. Wernicke. L'exagération de la personnalité sans substratum hypochondriaque est une trouvaille de M. Neisser. Toute idée présomptueuse se rattache à une exagération correspondante de la personnalité ; ainsi s'explique son isolement dans maints cas.

M. Schubert. — *Communication casuistique.* Il s'agit d'une observation de folie alternante chez une femme de quarante ans; d'abord atteinte de mélancolie avec agitation pendant dix-huit mois, elle présenta au bout de ce temps des alternatives de dépression et de

lucidité se succédant alternativement chaque jour; un jour, elle était déprimée, un autre jour, elle était en parfait état. L'ensemble de la maladie dura ainsi deux ans et demi; elle guérit alors, et cette guérison s'annonça par le retour des règles qui avaient cessé au début de l'affection mentale.

M. Neisser présente un malade affecté de *paralysie progressive avec complications d'atrophie musculaire spinale progressive*. Il présente ensuite un homme de quarante-trois ans tourmenté pas des idées de persécution mais sans dépression, sans que ces idées l'empêchassent de sentir normalement, de participer à la conversation, de s'occuper. Ceci prouve que la persistance d'idées délirantes fixes, sans trouble du côté de la sensibilité morale, ne constitue pas le fond même de la folie systématique (*paranoia*). Dans le cas particulier, elles sont le résidu d'une maladie aiguë dont l'évolution a aujourd'hui achevé son cycle, maladie qui était représentée par les symptômes suivants : trouble de la connaissance; — délire; — paralysie plusieurs nerfs craniens; — aphasie, et qui n'était autre chose qu'une affection organique du cerveau d'origine probablement syphilitique. (*Allg. Zeitch. f. Psychiat.*, XLIX, 3.)

P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

XIII. — *Les diplégies cérébrales de l'enfance;* par le Dr Rosenthal de Vienne (Autriche). — J.-B. Boillier.

Sous ce nom, l'auteur a réuni des affections déjà décrites sous le nom de rigidité généralisée de rigidité paraplégique, de tabes dorsal spasmodique, d'hémiplégie spasmodique bilatérale et de chorée congénitale; il pense que ces affections, quoique différentes entre elles, appartiennent à un faisceau commun. Ce sont des maladies de la première enfance, et parfois de la vie intra-utérine dues à des hémorragies méningées, souvent d'origine traumatique et siégeant de préférence sur le bord médian de l'hémisphère cérébral dans ses couches superficielles; des paralysies flasques mais surtout avec rigidité, des rigidités spasmodiques avec parésies musculaires, des mouvements choréiques ou athétosiques, en sont les manifestations; tantôt la forme en est paraplégique sur les membres inférieurs, tantôt hémiplégique, tantôt généralisée; les paralysies, les chorées peuvent manquer, et c'est cette variété dans

la distribution et l'évolution des symptômes qui a causé la variété des dénominations et la pluralité des types pris à tort pour autant de maladies distinctes; l'intelligence est toujours frappée plus ou moins de la légère imbécillité à l'idiotie complète. Les convulsions sont aussi très fréquentes au début de l'affection. Les conditions de la chorée et de l'athétose ne sont pas élucidées.

Ce travail sérieux et clair repose sur un grand nombre d'observations personnelles groupées en tableaux statistiques des plus intéressants à constater au point de vue étiologique et symptomatique. CH.

XIV. KLINISCHE UND ANATOMISCHE BEITRAGE ZUR PATHOLOGIE DES GEHIRNS. *Contributions cliniques et anatomiques à la pathologie cérébrale)*; par von S.-E. HENSCHEN. (Upsala, 1892. Deuxième volume, 232 pages in-4°, avec 20 planches et 6 cartes.)

Voilà déjà bientôt trois ans qu'a paru la première partie de cet ouvrage considérable d'un savant suédois, M. Henschen, professeur à Upsal, déjà avantageusement connu par des travaux antérieurs. De préférence à sa langue maternelle, l'auteur s'est servi de l'allemand qu'il connaît bien, pour être compris d'un plus grand cercle de lecteurs. Cette première partie a été l'objet d'éloges unanimes et mérités de la part de la critique dans les revues spéciales des différents pays. Dans ce volume, l'auteur avait exposé des observations cliniques exactes suivies de recherches macroscopiques et microscopiques avec le plus grand soin, réunissant ainsi des matériaux nombreux et très précieux (trente-six cas, dont trente avec autopsie) pour l'élucidation des questions de pathologie cérébrale les plus discutés, surtout celle des localisations, consacrant cependant son étude principale au centre et aux trajets visuels.

Disons tout de suite de la deuxième partie, parue l'été dernier, qu'elle continue dignement la première. Elle devait originairement être consacrée surtout à une analyse critique détaillée des cas décrits dans le premier volume, et à une comparaison avec les résultats obtenus par d'autres. Cependant, les matériaux s'étaient accumulés dans l'intervalle; aussi l'auteur nous donne-t-il dans un chapitre spécial sous le titre de : « Hermiochropsie Kasuistik » neuf cas nouveaux, suivis d'autopsie et d'examen microscopique et où nous trouvons les mêmes qualités d'exactitude et de soin, dans l'observation que nous avons eu à louer dans la première partie. Parmi ces cas, il en est d'un intérêt tout particulier; citons, par exemple, celui d'un enfant atteint d'hémianopsie, cas qui, ayant abouti à l'autopsie suivie d'un examen au microscope, est ainsi unique en son genre; ce cas s'est trouvé être une hémianopsie indirecte.

Se basant sur l'analyse critique de ses propres observations et de

celles qu'il a recueillies dans la littérature médicale, M. Hensens suit les trajets visuels depuis la papille jusqu'au centre visuel, complétant sur un grand nombre de points et souvent rectifiant nos connaissances à cet égard. Ainsi il établit plus exactement le trajet de ces fibres croisées et non croisées, spécialement des maculaires, d'abord dans le nerf optique même; il montre ainsi, par exemple, que la partie non croisée des fibres ne forme pas un faisceau compact sur tout leur parcours, comme on le croyait généralement jusqu'ici, mais qu'elle se partage dans la partie antérieure, orbitale, en deux faisceaux à peu près égaux, l'un plus (latéro-) ventral, l'autre plus (latéro-) dorsal, et qu'entre eux s'intercalent les fibres maculaires. L'auteur suit ces trajets à travers le chiasma, la bandelette optique, etc., et arrive sur bien des points à des conclusions différentes de celles de ses devanciers.

Il faut reconnaître une importance capitale à l'étude aussi approfondie que peu précaire à laquelle l'auteur soumet les centres visuels eux-mêmes. Il passe en revue les principales localisations attribuées à ce sens par les différents auteurs; il fait voir d'abord que le centre visuel ne peut pas être situé dans le lobe pariétal inférieur, comme cela résulte des cas où ce lieu était affecté sans qu'il en fut résulté ni hémianopsie, ni aucun autre trouble visuel, et il explique comment l'erreur a pu se procuire, en démontrant que dans les cas accompagnés de troubles visuels, la lésion n'avait pas seulement détruit la couche corticale de ce lobe, mais avait pénétré si profondément dans la substance médullaire qu'elle avait rompu les trajets eux-mêmes (Sehstrahlung). L'auteur montre de la même manière que le centre de la perception lumineuse ne peut pas se trouver dans la partie ventrale du lobe temporal, ni sur la surface latérale ou ventrale du lobe occipital; procédant surtout par exclusion en s'appuyant sur des cas négatifs, l'auteur ramène successivement le lieu de ce centre à la partie médiane du lobe occipital, et finit par le placer sur les bords et au fond de la scissure calcarine; il apporte aussi à l'appui de cette opinion des preuves directes, en particulier un cas observé par lui et par M. Nordenson [nº 142 (40)], une hémianopsie gauche, où la section révéla un ramollissement exclusivement cortical à droite au fond de la fissura Hippocampi et de la scissure calcarine, alors qu'il avait déjà démontré par des cas précédents que la première de ces parties ne joue aucun rôle dans les troubles visuels; la surface du cuneus et du lobulus lingualis n'offrait aucun ramollissement, excepté la pointe antérieure du coin.

En se fondant sur ses observations, l'auteur croit pouvoir avec quelque probabilité déterminer plus spécialement le rôle des différentes parties de la fissure calcarine pour la perception de la lumière; il pense en effet que ce rôle est affecté principalement au tiers médian et postérieur (3 à 4 centimètres) et que les fibres ma-

culaires doivent être localisées plutôt dans les parties antérieures et celles pour le champ visuel périphérique dans les parties postérieures et de telle façon que la lèvre supérieure de la fissure, c'est-à-dire la partie inférieure du coin, correspondrait à la moitié supérieure de la rétine et la lèvre inférieure, c'est-à-dire la partie supérieure du lobulus lingualis, à la moitié supérieure de la rétine; enfin que la région maculaire est innervée par les deux hémisphères.

L'auteur cherche encore à déterminer la position du centre visuel en suivant les phénomènes de dégénérescence occasionnés par des lésions périphériques, ainsi que les dégénérescences centrifuges; il trouve dans ces altérations dégénérescentes ou plutôt atrophiques la confirmation de ses opinions, et il y trouve une preuve du fait que les cellules des trajets croisés et des non croisés des parties homologues de chaque rétine ne sont pas séparés, mais au contraire mêlés et confondus; enfin, plusieurs des cas observés portent l'auteur à admettre que les éléments *percepteurs* des couleurs sont disséminés parmi les éléments percepteurs de la lumière.

Quant à ces altérations dégénérescentes, surtout à la suite d'une lésion du corps genouillé externe, et aux recherches histologiques de l'auteur sur la fine structure des bords de la scissure calcarine, si intéressantes que sont ces parties de l'ouvrage, nous ne pouvons nous y arrêter et renvoyons le lecteur à l'original; elles témoignent de la manière approfondie et complète dont l'auteur a traité son sujet.

Vingt planches très bien exécutées, six cartes et une impression soignée contribuent à rendre ce bel ouvrage d'un accès agréable et facile.

La troisième partie que l'auteur nous promet sera sans doute aussi d'un haut intérêt : il y apportera de nouveaux matériaux entre autres pour l'étude spéciale du rôle que jouent dans les conduits visuels les ganglions optiques subcorticaux : le corps genouillé externe, le pulvinar et les tubercules quadrijumeaux antérieurs, et il y abordera aussi la question des centres visuels supérieurs.

E.-A. Homen.

Nous venons de recevoir le premier fascicule du *Messager neurologiste*, journal de la société des neuropathologues et des psychiâtres de l'université de Kazan, paraissant sous la direction de M. le professeur V. M. Bechterev, l'un des représentants les plus éminents de la neuropathologie russe et fondateur de cette société savante. Ce premier fascicule est rempli de travaux originaux très intéressants. Pour le moment, nous nous contenterons d'énumérer leurs titres nous réservant de donner une analyse aussi détaillée que possible des plus importants. Tout d'abord, nous trouvons un article de M. le professeur N. O. Kovalevski qui a été un des

membres les plus influents de l'Université de Kazan. Vient ensuite un discours prononcé par M. Bechterev à l'ouverture de la société. Ce discours est intitulé : « Sur l'état actuel des connaissances neurologiques et sur l'importance des sociétés scientifiques dans leur développement. » Les autres travaux sont : « Un cas de pychose consécutive au choléra », par M. le Dr V. J. Vassiliev ; « Sur la valeur thérapeutique de l'hypnotisme », par M. le professeur Bechterev; « De l'influence de la suspension sur les troubles oculaires des malades atteints des lésions médullaires », par le Dr Vorotinski; « Sur les altérations des nerfs optiques dans le tabes », par M. le professeur N. M. Popov; « Sur les centres corticaux des sphincters vésical et rectal », par M. le Dr K. Meyer; « Sur l'innervation de la peau de la surface plantaire des extrémités inférieures », par M. le Dr E. Smirnov; « Sur les appareils terminaux du nerf gustatif », par M. le professeur K. A. Arnstein; « Sur les bases physiologiques et psychologiques de l'esthétique contemporaine », par M. le professeur A. J. Smirnov.

Nous souhaitons le plus grand succès à notre nouveau confrère.

J. R.

VARIA

AFFAIRE VALROFF.

La cour d'assises des Alpes-Maritimes a eu à juger, le 25 avril dernier, le jeune Valroff dont les journaux politiques ont raconté la double tentative d'assassinat commise, le 13 mai 1892, sur sa patronne, Mme Oarin de Coccomato, femme du consul du Portugal et la bonne de celle-ci, Mlle Bracco.

On sait combien la lutte a été chaude entre les médecins experts de Nice et de Paris, d'une part, et d'autre part, les médecins ayant donné à la défense leurs consultations : tandis que les premiers affirmaient que Valroff a commis sa double tentative et qu'il est par conséquent partiellement responsable, les autres en s'appuyant sur les documents de l'expertise, prétendaient que l'inculpé a agi en état de somnambulisme hystérique ou épileptique, ce qui plaidait en faveur de son irresponsabilité complète. Le jury a rapporté un verdict affirmatif sur les deux questions de tentative de meurtre, mais tenant compte des opinions médicales alléguées par la défense, il a écarté la préméditation et a accordé les circonstances atténuantes. La cour, après avoir délibéré et par application des

articles 295 et 304 du code pénal, a condamné Léon Valroff à cinq ans de réclusion. D'après les journaux de Nice, il paraît que Valroff va se pourvoir en cassation.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mutations*. — 26 *avril* 1893. M. le Dr DUBUISSON, directeur médecin de l'asile de Dury (Somme) est nommé en la même qualité à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr BOUTEILLE, admis à faire valoir ses droits à la retraite. — 24 mai 4893. — M. le Dr MARTINENQ, médecin en chef de l'asile public d'alinés de Clermont (Oise), est nommé directeur médecin de l'asile de Dury en remplacement de M. le Dr DUBUISSON, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BOSC, chef de clinique médicale, est institué chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. LAFON, dont le temps d'exercice est expiré.

COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON (Cher). — Par décret en date du 3 octobre, il est créé, en plus du cadre réglementaire un nouvel emploi de médecin adjoint du service des aliénés du département de la Seine, dont le titulaire sera chargé d'organiser et de surveiller la colonie familiale établie, à titre d'essai, par le département de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher). M. le Dr MARIE (Armand-Victor-Auguste), médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés d'Evreux (Eure), est nommé médecin-adjoint à l'emploi créé à la colonie fumiliale du Dun-sur-Auron (Cher). M. le Dr MARIÉ est maintenu dans la 2e classe du cadre et continuera à jouir dans son nouveau poste, en dehors des avantages en nature, du traitement de deux mille cinq cents francs (2,500 fr.) déterminé par le décret sus-visé du 11 février 1875.

ALIÉNÉ MEURTRIER. — Une dépêche de Lyon, du 13 mars, annonce qu'un assassinat a été commis ce matin à l'asile de Bron. A neuf heures, un aliéné du nom de Bonnier, ordinairement très calme, est entré précipitamment dans les cuisines et a porté au chef cuisinier Perrin, un violent coup de couteau qui a atteint le malheureux dans la région du cœur. La mort a été instantanée. (L'*Eclair*.)

INCENDIE D'UN ASILE D'ALIÉNÉS. — Une dépêche de Moulins, du 15 mars apprend qu'un gèand incendie s'est déclaré ce matin, à sept heures, à l'asile des aliénés de Sainte-Catherine, distant de

deux kilomètres de Moulins. Le feu a pris dans la sallé de bains, dans la cinquième section, occupée par les agités. En un instant, le feu se communiquait à tout le pavillon d'une longueur de cent mètres.

L'alarme fut donnée et une foule nombreuse accourut sur les lieux, ainsi que le régiment du 10e chasseurs à cheval, le 18e escadron du train des équipages, la gendarmerie et la police. Le feu a pu être circonscrit. Les dégâts s'élèvent à cent mille francs environ. Il n'y a pas eu d'accident de personne, les pensionnaires de l'établissement ayant évacué sans difficulté le pavillon où l'incendie s'était déclaré. (L'*Eclair*.) D'où nécessité de pourvoir les asiles d'eau en abondance, d'uue bonne canalisation, de bouches d'incendie et de dresser une partie du personnel à l'exercice des pompes.

Incendie d'un asile d'aliénés. — Le 7 avril dernier, l'asile de Comté situé à Delaware (O); a été incendié; tous les aliénés ont été sauvés. (*The medical Record*, *n*° 15, 1893.)

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac vient de constituer son bureau pour 1893. Ont été élus : Président: M. Decroix; vice-présidents : MM. le Dr Dujardin-Beaumetz, de Gasté, le Dr Hache et Leyssenne; secrétaire général : M. Petitbon; secrétaire général adjoint : M. L. Bertherand; secrétaire pour l'étranger : M. Milne; secrétaires des séances : MM. Habrard: Mailles, le docteur Laurent, Vivez; trésorier: M. Palut; archiviste, M. Rassat.

— La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours. Voici les questions qui intéressent nos lecteurs :

Prix de médecine. — Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac. Le prix consistera en un lot de livres, d'une valeur de 200 francs environ, et d'une médaille de vermeil.

Prix du docteur Gruby (100 francs). — Dans l'intérêt des fumeurs incommodés par le tabac et qui disent ne pouvoir vaincre leur passion, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de détruire le plus possible les principes délétères de la fumée du tabac.

Le programme détaillé du concours sera envoyé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 20 *bis*, rue Saint-Benoît, Paris.

Une voleuse en léthargie. — Une jeune femme, vêtue d'un ample manteau couvrant entièrement une élégante toilette de ville, avait attiré jeudi soir l'attention d'un des surveillants d'un grand magasin de nouveautés de la rive droite.

Soupçonnant cette élégante personne d'être une voleuse, l'em-

ployé la fila. Bien lui en prit, car, au bout de quelques instants, la jeune femme mettait la main sur trois écrins contenant des cachets en vieil argent. Continuant sa promenade, elle se rendit à un rayon du premier étage, à peu près désert à cette heure-là, et s'empara d'un bronze d'art.

Se *Retour du marché*, mesurant 75 centimètres de hauteur, pesant environ cinq kilos, qu'elle cacha sous son manteau. Comme elle se disposait à sortir, l'employé la pria de vouloir l'accompagner au salon des fouilles, où elle perdit connaissance, sans qu'il fût possible de lui faire reprendre ses sens. Transportée à l'hôpital de la Charité par les soins de M. de la Londe, commissaire de police, immédiatement prévenu, on ne put parvenir à la faire sortir de son état léthargique qui a duré pendant toute la journée d'hier. Ce matin, seulement, elle est revenue à elle, mais elle a refusé énergiquement de fournir aucun renseignement sur son indentité et son domicile. J.-B. CHARCOT ET GEORGES GUINON.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier, Noir. Vol. in-8° de cxx-368 pages, avec 37 figures dans le texte et 15 planches hors texte. — Prix 6 fr.; pour nos abonnés, 4 fr.

BOURNEVILLE. — *Du traitement chirurgical et du traitement médico-pédagogique de l'idiotie.* — In-8° de pages. Extrait du compte rendu du *Congrès de Blois.*

MAIRET (A.). — *Aliénation mentale syphilitique.* Volume in-8° de 182 pages. — Paris, 1893. — Librairie G. Masson.

MONCORVO. — *Quelques réflexions sur l'étiologie et le traitement de la sclérose en plaques à propos des leçons sur les maladies de la moelle par P. Marie.* — Paris, 1892. — Librairie O. Berthier.

MONCORVO. — *Sur un cas d'acromégalie chez un enfant de 14 mois, compliqué de microcéphalie.* Brochure in-8°, de 13 pages. — Paris, 1893. — Librairie G. Steinheil.

PIERACCINI (A.). — *Mutismo accusuale in donna alienata da stato allucinatorio del centro verbale psico-motore.* Brochure in-8° de 11 pages. — *Reggio nell'Emilia*, 1893. — Tipografia Calderini e Figlio.

SANSON (B.). — *L'Hérédité normale et pathologique.* Volume in-8° de 430 pages. — Prix 8 fr.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.